N° 13

ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER PRIMITIF DU CORPS DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1899

PAR

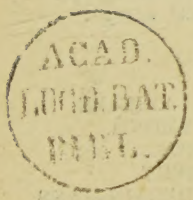
Paul BOISSIER

Né à Nimes, le 23 novembre 1873

EXTERNE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER (CONCOURS 1895)

INTERNE DES HÔPITAUX DE NIMES (CONCOURS 1897)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



« *Mulier propter solum uterum* ».

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES BOEHM

DELORD-BOEHM ET MARTIAL, SUCCESSEURS

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (✻)..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N....
id.	Bosc (Chargé du Cours)..

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. BOSC, agrégé.
GRYNFELLT, professeur.	VALLOIS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

P. Boissier.

A MES MAITRES DE MONTPELLIER ET DE NIMES

MEIS ET AMICIS

P. Boissier.

PRÉF

Au moment de clore nos études et de nous lancer dans une vie nouvelle et moins facile sans doute, nous tournons la tête vers les horizons vus, et, comme le voyageur arrivé au détour du chemin, nous sentons naître en nous le regret des jours irréparablement finis, des paysages aimés à tout jamais perdus, des espaces parcourus et déjà si loin derrière nous ! Qu'elles ont été courtes ces sept années de médecine à Montpellier, Lyon et Nimes ! Mais toutes pleines de souvenirs joyeux ou tristes, elles resteront toujours pour nous une époque marquante de notre vie par les amitiés créées, par la sympathie que nous accordèrent la plupart de nos maîtres. Cette sympathie nous fait un devoir aujourd'hui, devoir bien doux et bien agréable, de remercier tout d'abord le maître qui, du jour où nous suivîmes son service jusqu'à cette dernière étape, nous a accordé sa toute bienveillance et l'a plus tard étendue à notre chère famille. Il est des sentiments que la pensée ne saurait traduire et que les mots déflorent en y touchant ; nous n'essayerons donc pas d'exprimer plus longuement toute la reconnaissance que nous avons et conserverons toujours pour M. le professeur Tédenat, qui a si bien mis le comble à sa bonté en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, inspirée surtout de ses idées et de son enseignement.

Que M. le professeur agrégé Rauzier reçoive aussi nos remerciements comme maître et comme docteur. Etudiant, nous avons fait bon bagage de connaissances médicales en suivant ses consul-

tations cliniques si nettes et si essentiellement pratiques ; malade, nous avons trouvé en lui le consolateur aux heures de neurasthénie, le conseiller aux instants d'indécision.

Nous sommes heureux de remercier aussi M. le docteur Goullioud, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph, à Lyon, qui, au moment où nous finissons notre internat, nous a donné un précieux exemple de bonne confraternité. Ne nous connaissant que par lettre, M. le docteur Goullioud n'a épargné ni sa peine ni son temps pour nous procurer des documents utiles à la confection de notre travail, nous lui devons huit observations inédites, dont une particulièrement intéressante au point de vue du pronostic opératoire, et des renseignements complémentaires sur les maladies citées dans la thèse de Bisch. M. le docteur Goullioud a non seulement examiné à notre intention, ces jours derniers, toutes ses anciennes opérées, mais il nous a donné encore une très grande marque de confiance en nous envoyant des manuscrits auxquels il tient énormément. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance !

MM. les professeurs Carrieu, Mairet et Truc, comme chefs de service pendant notre externat ; MM. les professeurs agrégés de Rouville et Lapeyre ont laissé en notre esprit un excellent souvenir par l'affabilité de leur accueil et leurs bonnes leçons. Qu'il nous soit permis ici de les remercier.

Nos deux années d'internat à Nimes, avec les conseils et j'oserai dire l'amitié de MM. les docteurs Dussaud, toujours dévoué à notre famille, Bonnes, Jourdan, Lafont, Crouzet, nous ont été d'une grande utilité pratique tant chirurgicale que médicale ; elles nous ont rompu aux exigences et aux nécessités de la clientèle.

M. le docteur Lassalle, de Nimes, nous a procuré une observation inédite très intéressante de sarcome de la muqueuse ; nous n'avions jamais douté de sa sympathie et de son aimable confraternité.

M. le docteur Gauch, d'une affabilité qui ne lui a créé que des amis, restera pour nous le type du praticien intègre et souriant, du savant consciencieux et modeste. Nous espérons qu'il nous continuera ses conseils bienveillants.

M. le docteur De Parades, malgré quelquefois nos divergences d'opinions extra-médicales, s'est toujours montré très bon pour nous ; nous formons le vœu que nos relations soient dans la suite empreintes de l'aimable courtoisie qu'il a eue jusqu'ici à notre égard.

Enfin nous ne pouvons arriver à notre dernier acte scolaire sans exprimer notre reconnaissance filiale à ceux qui nous ont fait vraiment docteur, grand'mère, mère et père, aux conseils si sages et si aimants.

Nous ne savons si l'étude que nous esquissons aujourd'hui sur les cancers du corps de l'utérus répondra à notre désir; nous avons composé une thèse plutôt de mise au point que d'originalité, nous souvenant du mot de Morgagni : *Longe mihi potior cura est veritatis quam novitatis* Nous serons trop heureux si, sans rien inventer, nous sommes plus tard de quelque utilité à un confrère plus jeune, désireux de reprendre cette question toujours controversée, surtout au point de vue diagnostic et traitement. En tout cas, notre seule excuse, si nous n'atteignons pas le but proposé, sera dans ces six vers de Richepin :

Et pourtant j'y mis toute l'âme,
Toute la patience et la flamme,
Et la main d'un bon ouvrier. —
J'ai commencé le cœur en fête,
Maintenant la besogne faite,
Je m'en veux à m'injurier. —

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0058

ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER PRIMITIF DU CORPS DE L'UTÉRUS

Division du Sujet

Nous reprenons aujourd'hui un sujet bien souvent traité et à des points de vue très différents depuis quelques années. — « Tout est dit » semble-t-il, sur le cancer du corps de l'utérus et que peut-il encore rester à écrire après les thèses consciencieuses de Pichot et Valat à Paris, de Bisch à Lyon, de Bruyère à Bordeaux sur l'épithélioma utérin, d'Aubry à Paris et de Théodoroff à Montpellier sur le sarcome de l'utérus ? Pourtant si la question a été étudiée d'une façon toute didactique et théorique, nous pensons qu'il reste actuellement à l'approfondir au point de vue pratique et estimons faire œuvre utile, sinon intéressante, en reprenant l'étude clinique du cancer primitif du corps de l'utérus.

Désireux de rester, autant que nous le pourrons, dans le cadre de notre sujet, nous éviterons de donner sans nécessité théories diverses ou statistiques, « ces mensonges en chiffre » comme le disait avec juste raison Talleyrand, et nous nous placerons dans la situation du chirurgien appelé à soigner une cancéreuse de clien-

tèle ou d'hôpital et qui doit surtout chercher à diagnostiquer hâtivement le mal pour le supprimer si possible ou tout au moins en entraver la marche. Nous insisterons donc sur les parties que nous croirons utiles à la découverte de l'affection, c'est-à-dire symptomatologie et diagnostic surtout, étiologie à un moindre degré et ne donnerons du traitement que des indications générales, renvoyant aux discussions et travaux de ces dernières années sur la meilleure méthode opératoire pour la partie relative à l'intervention.

Bien que le cancer du corps de l'utérus semble à notre époque une affection fort connue, que de difficultés trop souvent pour découvrir cette maladie, non seulement au début mais encore à la période d'état, et que de tâtonnements ou d'erreurs ! On n'insistera jamais trop, croyons-nous, sur la pathologie des organes génitaux de la femme, et le praticien n'aura jamais assez son attention portée de ce côté !

Nous ne ferons pas, dans cette étude, une distinction entre l'épithélioma, le sarcome et le carcinome. Nous étudierons le cancer du corps, en faisant le moins possible de différences histologiques.

Nous admettons donc tout naturellement la définition de « De Sinety[1] » pour le cancer de l'utérus, et comme lui : « Nous réunissons, sous le nom de cancer, plusieurs espèces anatomiques différentes, présentant tous les caractères communs qui constituent les tumeurs malignes Ces néoplasmes ont, en effet, la propriété :

1° De détruire les tissus qu'ils envahissent ;

2° De se reproduire tantôt sur place ou dans le voisinage, tantôt dans des organes éloignés, en un mot de se généraliser ;

3° D'entraîner presque fatalement la mort après une durée ordinairement peu longue.

[1] De Sinety ; Traité de gynécologie et des maladies des femmes. Article cancer de l'utérus.

Ces trois caractères, nous les rencontrons dans le cancer utérin à des degrés divers, quelle que soit la variété anatomique à laquelle il appartienne. » C'est la même idée directrice qui faisait écrire au Dr Polaillon dans un article sur « le traitement du cancer de l'utérus » paru dans les annales de gynécologie en 1882 : « Au point de vue clinique, nous comprenons sous le nom général de cancer de l'utérus le squirrhe, les formations fibro-plastiques et les diverses variétés du cancroïde, affections qui produisent des tumeurs ou des ulcères, qui s'accroissent indéfiniment en se propageant aux tissus ambiants, qui déterminent la dégénérescence des ganglions lymphatiques, voisins ou éloignés, et qui amènent l'infection de l'économie en se généralisant à distance ».

Tout en reconnaissant l'excellence et l'exactitude des travaux de Lebert, Wirchow, Hutchinson, Gusserow, Robin et Paget pour différencier le sarcome de l'épithéliome et du carcinome, nous admettrons l'ancienne dénomination du cancer et grouperons au point de vue clinique diverses formes anatomiques du cancer intra-utérin répondant à des types histologiques différents : Notre étude comprendra donc :

I, Le cancer de la muqueuse.

A. Epithélioma (auteurs français) ou carcinome (auteurs allemands).

B. Sarcome (de la muqueuse).

II. Le cancer du parenchyme ou fibro-sarcome ou corps fibreux sarcomateux.

Nous éliminons à dessein le déciduome ou épithélioma ecto-placentaire. Nous renvoyons, pour l'étude de cette variété, de cancer *in* ou *post-partum* aux articles de Sanger, de Nové-Josserand et Lacroix, et à l'excellente thèse de notre camarade, le

Dr Louvrier (Montpellier, 1896-1897). Le déciduome, se développant pendant la grossesse ou après un accouchement normal ou anormal et étant d'origine placentaire, n'entre pas dans le cadre de notre travail. Nous nous en tiendrons à l'étude de l'épithélioma et du sarcome de l'utérus en dehors de la gestation et n'envisagerons pas le cancer du corps se développant sur les villosités choriales.

Ceci posé, quelle sera la division de notre sujet ?

Nous n'avons pas, dans une étude de clinique, à refaire l'historique de la question étudiée. Le cancer primitif du corps de l'utérus, confondu bien longtemps avec celui du col et dont la première observation est contenue dans le *Traité des maladies de l'utérus* de Mme Boivin et Dugès de 1833, a été étudié pour la première fois sérieusement en 1876, dans la thèse de Pichot, où l'on retrouvera toute la partie d'historique jusqu'à cette époque.

Pichot, d'ailleurs, confond lui-même bien souvent dans les 44 observations qu'il a réunies, le cancer secondaire avec le primitif et rejette comme traitement l'extirpation de la matrice « parce que le diagnostic des limites du mal ne peut être fait » ; il se contente de traiter les symptômes. Valat reprend en 1888 le sujet qui nous occupe dans une thèse renfermant 34 observations, dont quelques-unes reproduites de Pichot, et préconise la dilatation du col et l'examen histologique pour porter le diagnostic. En 1891, Bisch, de Lyon, étudie le cancer du corps au point de vue clinique (diagnostic précoce et traitement), mais s'élève trop peut-être contre l'examen microscopique qui nous endort dans « une sécurité trompeuse » et peut « nous faire croire à une métrite glandulaire alors que la muqueuse a subi une transformation cancéreuse ». On retrouvera dans sa thèse un rapide historique de l'épithélioma du corps jusqu'en 1891. Enfin, en 1893, Bruyère, de Bordeaux fait une étude clinique de l'épithélioma et appuie son travail sur un grand nombre de statistiques.

On voit que tous les auteurs précédemment cités ne se sont occupés que de la variété épithéliomateuse du cancer utérin, et ont laissé volontairement de côté le sarcome. Pourtant cette dernière variété de cancer a été aussi l'objet de recherches intéressantes, surtout dans ces vingt dernières années. Après Virchow, Mayer, Gusserow, le sarcome a été étudié par Thomas Smith, von Jacubash, Coe, Winkel, Costes et Terrillon, et encore n'avons-nous pas à citer ici tous les auteurs qui se sont occupés de cette question.

Ces vingt dernières années, l'histologie appliquée au diagnostic du cancer ayant ouvert de nouveaux horizons aux praticiens, la chirurgie abdominale ayant fait de très grands progrès et les opérateurs, surtout étrangers, étant devenus beaucoup plus audacieux, l'épithélioma et le sarcome du corps de l'utérus ont été mis plusieurs fois à l'ordre du jour, et il y aurait un très long chapitre d'historique à écrire, et dont la place n'est point en cette thèse, sur les travaux parus en France, en Russie, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. Notre index bibliographique pourra donner une idée de la proportion qu'a prise cette question encore si controversée du cancer primitif du corps de l'utérus.

Nous nous proposons d'étudier d'abord l'étiologie du cancer intra-utérin, le praticien appelé à poser un diagnostic devant toujours s'enquérir des causes de la maladie. Parmi ces causes n'en est-il pas qui orientent plutôt vers la tumeur maligne que vers le néoplasme bénin? Nous devons aussi, pour la compréhension de notre étude clinique, réserver quelques pages à l'anatomie pathologique. La symptomatologie entre naturellement dans le cadre de notre sujet, et nous lui ferons la place qu'elle mérite. Enfin, nous insisterons autant que possible sur le diagnostic et ne croirons pas sortir des limites cliniques en le basant sur l'examen microscopique en majeure partie. Nous donnerons en terminant les différents procédés de traitement, mais sans refaire

les thèses soutenues cette année sur l'*Hystérectomie abdominale* par Pasquier et sur *La valeur des hystérectomies totales abdominale et vaginale*, par Bigeard. Nous n'avons donc pas l'intention d'approfondir le manuel opératoire de l'hystérectomie avec tous ses procédés et sous-procédés.

Etiologie

Fréquence: Le cancer primitif du corps de l'utérus, considéré comme une rareté il y a une vingtaine d'années et envisagé comme toujours secondaire au carcinome du col, fut retrouvé beaucoup plus souvent du jour où l'attention fut attirée sur lui et a pris place aujourd'hui dans le cadre des maladies bien définies sinon encore définitivement traitées. Et pourtant que de divergences dans les statistiques des gynécologistes étrangers ou français ! Il est vrai de dire que chaque auteur a sa manière de composer ses statistiques et qu'on ne doit accorder qu'une faible créance aux chiffres essentiellement variables donnés par chacun. Poussés par le besoin de prouver ce que nous avançons, que de fois ne nous laissons-nous pas égarer de bonne foi et ne prenons-nous pas nos désirs pour la réalité.

Ainsi les auteurs se sont efforcés d'établir la proportion de cancers du corps par rapport à ceux du col, et, suivant les chirurgiens, ce rapport peut varier de 2 à 34 pour 100.

Pour l'épithélioma, Coe trouve 15 corps dans une statistique de 9000 cancers. Schrœder donne une proportion de 3,5 pour 100 ; Calderini admet 5 pour 100 d'épithéliomas du corps ; Pichot en trouve 6 pour 100. Mais, à côté de ces nombres qui ne sont pas très élevés, comme on le voit, Bruyère, dans une statistique contenue dans sa thèse, donne la proportion, énorme par rapport aux chiffres précédents, de 26,7 pour 100. Enfin Martin, d'après ses calculs personnels, prétend avoir rencontré 34 pour 100 d'épithéliomas intra utérins. Quant au sarcome,

Terrillon, qui l'a longuement étudié en 1890, et Williams, qui s'en est occupé en 1897, le donnent comme une affection très rare, trop rare peut-être. Williams note 2 sarcomes sur 2649 néoplasmes utérins et Gurlt en compte 8 sur 4115 tumeurs de la matrice.

Quelle conclusion tirer de ces statistiques ? Il faut encore ici incriminer l'imperfection des procédés d'investigation et admettre qu'avant l'examen histologique systématique de toute tumeur utérine à allures malignes, les auteurs ont dû laisser passer bien des cancers inaperçus. Nous ne pouvons nous-même trancher la question, n'ayant pas derrière nous une assez longue liste d'observations de cancéreuses et ne tenons pas d'ailleurs à ajouter un chiffre à ceux déjà donnés, une moyenne qui deviendrait une nouvelle cause de confusion ; qu'il nous suffise de savoir au point de vue pratique que nous devrons toujours être en éveil pour ne pas nous créer de tardifs regrets.

Voyons maintenant quelles sont les causes du cancer intra-utérin ?

Nous n'avons pas à nous demander ici quelle est l'histogenèse du cancer, s'il est parasitaire, microbien ou embryonnaire. L'histogenèse du cancer du corps utérin est celle de toute carcinose.

Bien que ses causes soient encore obscures, nous ne ferons pas du cancer intra-utérin, ainsi que Cruveilhier, une entité morbide sinè ratio. « Vainement, dit-il, ai-je interrogé les antécédents de la vie des cancéreuses utérines pour y découvrir quelque cause au moins éloignée de cette terrible maladie. La vie la plus irréprochable comme la plus dissolue, la stérilité comme la fécondité, les grossesses et les accouchements les plus heureux comme les plus malheureux, l'allaitement comme le défaut d'allaitement, la menstruation la plus régulière comme la plus irrégulière, l'avortement ou le défaut d'avortement, une vie active, laborieuse comme aussi la plus inoccupée, l'hérédité,

le tempérament, les scrofules, la syphilis, les flueurs blanches, les polypes utérins, les tumeurs fibreuses, aucune circonstance appréciable en un mot ne paraît exercer la moindre influence sur le cancer utérin[1] ». Depuis Cruveilhier, on a fait entrer dans l'étiologie du cancer du corps bien des causes qu'il rejetait et qui ont sûrement une grande influence sur l'apparition de la maladie. Nous distinguerons au cancer du corps de l'utérus des causes générales prédisposantes et des causes locales déterminantes.

A. Causes générales prédisposantes. — Ce sont l'âge et l'hérédité.

1° *Age :* Le cancer du corps de l'utérus n'a pas d'âge et nous ne croyons pas qu'il faille distinguer, comme on l'a longtemps fait, entre l'épithéliome qui serait le cancer des vieilles (Schroeder, Pozzi ;) et le sarcome, qui serait le cancer des jeunes.

Le cancer du corps se développe aussi bien avant qu'après la ménopause. En général, il apparaîtrait à une époque de la vie un peu plus avancée que celui du col. Le carcinome du col évolue le plus souvent entre 40 et 50 ans. La carcinose envahirait généralement le corps entre 50 et 60 ans. Bruyère donne une moyenne de 48 ans 5 mois. Rien de plus variable que ces chiffres.

Parmi les observations par nous relatées et déjà publiées, nous avons noté 2 cas de Terrillon dans lesquels l'âge des cancéreuses était inférieur à 40 ans ; dans l'une, la malade était âgée de 40 ans, dans l'autre de 32 ans ; et qu'une de Smith de cancer développé avant la puberté. Zweifel a rapporté l'histoire d'une jeune fille atteinte de cancer du corps à 13 ans et Kaltenbach celle d'une sarcomateuse de 15 ans.

[1] Anatomie pathologique du corps humain, Cruveilhier, tome II, 23e livraison.

Parmi les observations inédites que nous a communiquées M. le professeur Tédenat, nous trouvons, à côté d'un sarcome de la muqueuse développé à 33 ans (Albine B...), ce qui d'ailleurs n'est pas extraordinaire, deux observations de carcinomes développés chez des jeunes ; l'un chez une jeune femme de 26 ans (Julia An.)...; l'autre chez une jeune femme de 33 ans; (Anaïs P...). L'observation de Julia An... est d'autant plus intéressante que nous ne relevons rien dans l'étiologie de cette malade, qui fit très jeune un carcinome à allures malignes et dont la mort fut due, après récidive au bout de 13 mois, à une complication fréquente du cancer du corps, l'anurie. Nous allons, d'ailleurs, donner tout entière cette observation recueillie par M. Spatharos.

Julia An..., 26 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans. Menstrues régulières, abondantes pendant 5 à 6 jours. Pas de leucorrhée.

Mariée à 19 ans. Accouchements normaux et sans complications à 21 et 24 ans.

Depuis 10 mois (octobre 1890), menstrues plus abondantes durant 8 à 10 jours. En janvier 1891, les pertes ont duré presque tout le mois; depuis lors, pertes blanches et rouges presque permanentes, parfois vraies métrorrhagies avec caillots. En mai, vagues douleurs lombaires.

La malade entre au n° 5 de la salle Desault, dans le service de M. le professeur Tédenat. Elle est pâle, a peu d'appétit, se plaint de souffrir de pesanteurs aux reins, au bas ventre. Pas de douleurs dans les membres inférieurs. Pertes un peu fétides presque continues, rougeâtres avec des caillots.

A l'examen, M. Tédenat note : Col normal un peu ouvert, sans granulation, ni érosion. Utérus un peu gros, élargi, mobile. On sent les annexes, qui semblent sains. Le doigt, introduit dans le col après dilatation, ne sent rien dans la portion sous-isthmale. Au-dessus de l'isthme, il constate des végétations mollasses, avec points durs à leur base.

5 juin 1891 : Curettage. Extraction de blocs grisâtres, durs

faciles à déchirer, où l'examen microscopique découvre des cellules épithéliales cubiques, des cellules irrégulières à gros noyaux, formant des boyaux irréguliers. Le diagnostic de carcinome du corps utérin est net.

8. M. Tédenat pratique l'hystérectomie vaginale. Il lie les artères utérines, place des pinces sur le reste du ligament large et extrait l'utérus en le renversant en arrière tout entier. Extirpation facile des annexes. Gaze iodoformée. L'opération a duré vingt minutes.

9. Température : 37°,4. 38°,2. Pouls entre 90 et 110. Douleurs modérées.

10. La malade est bien. Les deux pinces enserrant la moitié supérieure du ligament large sont enlevées.

13. Pansement complet. Pas de pus, pas de sang. La malade se nourrit et va aussi bien que possible.

22. Cicatrice complète et régulière.

29. La malade quitte l'hôpital.

Santé parfaite jusqu'aux premiers jours d'août 1892. A ce moment, douleurs lombaires, irradiées à la cuisse gauche. Mictions fréquentes, petites pertes rosées. La malade consulta M. Tédenat le 24 août. Le fond du vagin est rempli de végétations dures et faciles à écraser par la pression du doigt. On les sent par l'hypogastre ; un peu d'ascite.

La malade eut des hémorragies faibles mais continues, mélangées à des pertes roussâtres aqueuses et fétides pendant tout le mois de septembre. Elle était pâle, cachectique, souffrait beaucoup aux lombes, aux membres inférieurs. Le 10 octobre, elle mourut après huit jours d'anurie, de violentes céphalalgies et de somnolence.

La face interne de l'utérus était couverte de nodules durs qui pénétraient dans le tissu musculaire, sous forme de travées irrégulières. Entre les nodules existaient des végétations jaunes, molles. Les travées étaient constituées par des cellules épithéliales cubiques à gros noyau prenant mal le carmin.

Les huit observations que nous a si aimablement communiquées M. le Dr Goullioud (de Lyon), entrent dans le cadre des carcinomes ou épithéliomas ; les malades, sauf deux, avaient toutes dépassé la cinquantaine, et parmi elles, deux même étaient

âgées de plus de soixante ans (60 et 63 ans) ; une seule, âgée de 45 ans, n'avait pas atteint la ménopause.

« Quant au cancer musculaire, au fibrosarcome, il faut admettre aussi pour lui la prédisposition créée par la ménopause. Sur 73 fibrosarcomes recueillis par Gusserow, nous en trouvons 49 aux environs de la ménopause ou après la cessation des règles. En somme, l'âge du fibrosarcome dépendra bien souvent de l'âge du fibromyome qui lui aura donné naissance.

Au point de vue clinique, il est donc important de ne pas se fier à l'âge seulement pour établir un diagnostic de cancer du corps de l'utérus.

2° *Hérédité*. L'hérédité est encore une des causes générales de néoplasie de la matrice.

Nous devons, pour le cancer, admettre les deux sortes d'hérédité : hérédité directe et hérédité de transformation. Une cancéreuse pourra engendrer une cancéreuse, une épithéliomateuse naîtra d'une épithéliomateuse ; une sarcomateuse donnera le jour à une fille destinée à faire plus tard du sarcome. C'est là l'hérédité directe. Broca rapporte l'histoire d'une famille dans laquelle il y eut 16 cas de mort par cancer utérin en 70 ans. Dans une observation de Valat, les trois sœurs sont mortes de tumeurs utérines ; l'une à 59 ans, de cancer utérin ; la seconde de fibromyome, la troisième d'épithélioma du corps. Dans une observation de Coe, la grand'mère et la tante moururent toutes deux de cancer utérin. Mais il faut rechercher aussi l'hérédité de transformation et s'enquérir si la malade n'est pas de souche arthritique ou diabétique. Nous savons, en effet, qu'on assimile aujourd'hui le cancer à la grande famille des maladies par ralentissement de la nutrition, telles que l'arthritisme et la diathèse diabétique, et l'on a prétendu que les néoplasmes se développaient de préférence dans les tissus où la vie est peu active, de même que les tubercules se développent aux sommets des

poumons; cette idée expliquerait l'apparition de la carcinose après la ménopause.

B. Causes locales déterminantes. — D'après Quenu :

1° Tout changement apporté soit à la situation, soit à la structure normale d'un organe ou d'une portion d'organe y crée une prédisposition au néoplasme ;

2° Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de ce revêtement épithélial à devenir le point de départ d'un épithélioma ;

3° Tout traumatisme est une prédisposition du cancer. Nous allons donc passer en revue ces trois causes locales :

1° *Déplacements utérins.* — L'influence des changements de position de l'utérus sur l'évolution du cancer intra-utérin a été admise et prouvée par des observations de carcinomes développés sur des utérus prolabés. Il est vrai de dire que, dans le cas de prolapsus, on pourrait aussi bien admettre l'infection et l'inoculation cancéreuse sur un utérus exposé, malgré tous les soins de propreté, aux poussières et microbes venus de l'extérieur ;

2° *Infection.* — La métrite prédispose-t-elle au cancer ? Y a-t-il quelquefois transformation de la métrite en carcinose ? On reconnaît aujourd'hui l'identification de l'adénome malin et du cancer d'une part, de l'adénome bénin et de la métrite glandulaire hypertrophique d'autre part; or, comme le dit Pozzi, si on examine une coupe microscopique de muqueuse atteinte d'adénome bénin et une coupe de muqueuse atteinte d'adénome malin, on pourra « saisir les transitions qui permettent la transformation de l'une de ces affections dans l'autre, si bien que la lésion commencée par une endométrite glandulaire légère devient, en s'invétérant, une endométrite glandulaire dans sa forme la plus accusée (adénome typique bénin), puis en dégénérant un adénome atypique malin, qui est le premier stade du

cancer». D'ailleurs, le traitement de la métrite invétérée ne comporte-t-il pas, suivant certains opérateurs, l'hystérectomie comme le cancer?

On pourrait admettre que l'accouchement agit de même façon, comme cause d'infection, mais il est plus rationnel d'en faire une cause de traumatisme.

3° *Traumatismes.*— Le traumatisme est une des causes locales les plus probables de prédisposition au cancer.

Parmi les traumatismes, il faut noter comme cause de cancer, suivant quelques auteurs, les rapports sexuels et, ajoute Martin, les rapports sexuels avec des hommes en puissance de maladies vénériennes actuelles ou anciennes [1]. Nous croyons que le coït agit plutôt dans certains cas en développant une métrite que comme cause traumatique, et admettons de préférence la prédisposition créée par lui pour le col que pour le corps.

Une autre cause locale, plus sérieuse, qui entre dans cette partie de l'étiologie sera la grossesse. On distinguait, au début de l'étude du cancer, entre l'épithélioma et le sarcome quand on établissait l'influence de la grossesse sur leur évolution. Schrœder et Pozzi admettent que le sarcome est le cancer des vierges ou des nullipares, tandis que l'épithélioma est le cancer des femmes mariées multipares. En somme, il n'y a pas de distinction à faire à ce point de vue. De ce que le fibromyome se rencontre quelquefois chez les vierges (Thèse de Carayon, Montpellier), on ne déduira pas à la nulliparité comme cause de fibromyome. Nous ne devons donc pas en agir autrement avec le cancer du corps, sans aller pourtant aussi loin qu'Emmet et Boldt, qui admettent que toute cancéreuse utérine a eu des enfants ou des avortements.

Bruyère, assimilant le cancer du corps au cancer des cicatri-

[1] Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique du cancer utérin : Berlin. klin. Wochens, 1873, n° 28.

ces, essaie de démontrer qu'il prend toujours naissance au point d'implantation du placenta. Il existerait une relation entre la situation du noyau cancéreux et l'insertion du placenta dans les accouchements antérieurs à la néoplasie ; ainsi, dit-il,

Le placenta est inséré :	Le cancer commence :
Au pôle supérieur dans 2/3 des cas.	Au pôle supérieur dans plus des 2/3 des cas.
Au pôle inférieur dans 1/3 des cas.	Au pôle inférieur dans moins d'un 1/3 des cas.
Dans le diamètre équatorial, exceptionnellement.	Par les côtés, exceptionnellement.

Nous avons déjà dit, dans le 1er chapitre, quelle était la relation de cause à effet qui existait entre la grossesse et le déciduome. Si nous avons admis le début d'un épithélioma, *in ou post partum*, sur les villosités choriales, pourquoi n'admettrions-nous pas l'insertion de la tumeur sur une ancienne cicatrice placentaire, point faible de la paroi utérine et de nutrition ralentie.

Comme cause de cancer intra-utérin on a donné encore la précocité des règles, mais cette opinion n'est guère basée que sur une observation du Dr Bernard, reproduite dans le *Lyon Médical* de 1887 et qui n'a rien de bien concluant. La malade, qui avait été réglée quelques jours après sa naissance, fut, une fois mariée, contagionnée par la syphilis maritale et fit à 27 ans un cancer utérin dont les allures rapides rappelèrent celles du sarcome.

Dans l'observation précitée de M. le professeur Tédenat la malade avait été réglée de très bonne heure (13 ans). — Mais n'est-ce pas là une simple coïncidence, sans qu'il y ait rapport de cause à effet. —

On a noté aussi la plus grande abondance des règles chez les prédisposées à la carcinose, mais n'est-ce pas le plus souvent une coïncidence plutôt qu'une cause ?

Ce qui est aujourd'hui bien admis et que Théodoroff a essayé de démontrer à nouveau dans sa thèse, c'est la préexistence de tumeurs bénignes chez les cancéreuses de l'utérus et la transformation possible, bien que rare, du fibromyome et du polype en fibrosarcome ou cancer musculaire de Bard. Qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce qu'un utérus renfermant un myome, cause d'irritation continuelle et d'écoulements leucorrhéiques, soit plus prédisposé qu'un organe sain à faire du cancer. N'est-ce pas encore dans ce cas la théorie de l'infection qui prédomine, tout fibrome étant plus ou moins une cause de métrite et nécessitant de grands soins quotidiens d'antisepsie.

Telle est l'étiologie du cancer primitif du corps de l'utérus : il ressort, en somme, de ce chapitre que, si les causes de la carcinose utérine offrent encore un certain degré d'incertitude, si nous trouvons dans l'étiologie beaucoup de probabilités, nous devons pourtant en tenir compte chaque fois que nous serons appelés à porter un diagnostic de maladie de matrice, toutes les fois que nous nous trouverons en présence de femmes qui, ayant traversé la période d'involution sénile sans présenter le moindre accident, recommenceront sans raison apparente à avoir « leurs sangs. »

Anatomie Pathologique

Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'adénome bénin, qui n'est en réalité que la métrite glandulaire hypertrophique. Nous avons admis, dans le chapitre précédent, au contraire, que l'adénome malin de Schrœder n'était que la première étape de l'évolution cancéreuse.

Il nous faut naturellement, en anatomie pathologique, distinguer le cancer de la muqueuse du corps et le cancer du parenchyme ou cancer interstitiel.

A. Cancer de la muqueuse. — Macroscopiquement, le cancer de la muqueuse offre à peu près les mêmes signes, que nous nous trouvions en présence d'un sarcome ou d'un épithélioma.

Dans le cas de cancer de la muqueuse, le col est généralement indemne et le néoplasme s'arrête à l'orifice interne du canal cervical.

L'utérus est augmenté de volume, variant de la grosseur du poing à celle d'une tête de fœtus et pouvant atteindre des dimensions quatre fois plus grandes que les dimensions normales. Cette augmentation de volume porte plutôt en largeur qu'en hauteur, c'est l'utérus ventru, rappelant la matrice au quatrième ou cinquième mois de la gestation.

La consistance de l'organe utérin est ferme et résistante ; la paroi conservera longtemps sa dureté et ne se ramollira que très tard, sauf le cas où le cancer se complique d'*hématomètre*, ce

qui se rencontre le plus souvent avec le sarcome ; on aura alors une sensation bien nette de fluctuation qui pourra induire en erreur et faire penser le chirurgien à un kyste. L'erreur avec le kyste de l'ovaire a, d'ailleurs, été faite dans pareille circonstance. La surface extérieure de l'utérus est lisse et unie, sans bosselures quand la muqueuse seule est atteinte par le néoplasme.

Malgré cette augmentation de volume, perceptible aux palper et toucher combinés, la cavité utérine reste généralement normale et ne se montre pas de dimension exagérée à l'hystéromètre. Cette contradiction apparente tient à l'épaisseur des parois qui, tendant à limiter le néoplasme, s'hypertrophient et font de l'hyperplasie de défense. Cette hypertrophie, qui entraine naturellement aussi une augmentation du poids de l'utérus (utérus cancéreux de 3 à 8 kilogr.), n'est pas due à une augmentation du tissu fibreux ; ce tissu n'est pas plus abondant qu'à l'état normal. Il semble que l'excitation pathologique à laquelle le tissu utérin est soumis, dans son ensemble, a pour effet de multiplier surtout les fibres musculaires et de respecter le tissu fibroïde de soutènement.

Coupe de la paroi utérine dans le cancer de la muqueuse. — Quand on fait une coupe de la paroi utérine, on rencontre les trois couches suivantes de dehors en dedans :

1° Le péritoine qui, sain, lisse, nacré, normal dans le cas de sarcome de la muqueuse du corps, peut contracter des adhérences et se laisser envahir par l'inflammation dans le cas d'épithélioma La péritonite n'est pas généralement une complication du sarcome ; elle est d'origine épithéliomateuse ;

2° La paroi musculaire. Elle se laisse facilement dissocier et envahir par les végétations néoplasiques dans le cas d'épithélioma ; elle est, en général, saine et sans infiltration quand le cancer est du sarcome. Pourtant, dans l'intéressante observation

de M. le professeur Tédenat (thèse de Théodoroff), on trouve des zones de transition du tissu musculaire de l'utérus au tissu sarcomateux ;

Le fait essentiel qu'on y constate est l'absence de limites précises du tissu néoplasique et la transformation directe des cellules musculaires en cellules sarcomateuses ...., il est absolument impossible de dire où finit le muscle, où commence le sarcome, la transition se faisant d'une manière insensible de la fibre-cellule courte, à noyau ovalaire allongé, à la cellule sarcomateuse, dont le noyau est devenu ovale court, tandis que le protoplasma a perdu la forme en fuseau pour se réduire à une petite masse ramassée autour du noyau..... La néoplasie progresse donc en s'infiltrant, en se diffusant dans le tissu utérin modifié, qui se transforme de proche en proche en tissu néoplasique..... Ce sont bien les cellules musculaires elles-mêmes qui subissent la transformation sarcomateuse ;

Enfin, 3° la muqueuse. Elle s'offre sous l'aspect d'un tissu gris blanchâtre, bourgeonnant et de consistance molle et friable. Nous avons relevé pourtant et reproduit une observation de Vitrac (de Bordeaux), d'un cancer de la muqueuse de type un peu spécial, c'est-à dire d'un épithélioma à type dur.

Formes anatomo-pathologiques du cancer de la muqueuse :

On peut distinguer deux formes au cancer intra-utérin ; que l'on ait à étudier le sarcome ou l'épithélioma, le cancer se présente sous :

1° La forme circonscrite ou pédiculée ;
2° La forme diffuse ou en nappe.

Le cancer pédiculé est rarement du sarcome. Le polype sarcomateux est exceptionnel et a toutes les allures du polype fibreux. Parmi les observations de sarcomes reproduites à la fin de notre thèse on en trouvera une de sarcome pédiculé (obs. XVI) recueillie dans le travail de Bigeard sur les hystérectomies

d'après les statistiques de Segond[1]. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas donné plus de détails symptomatologiques. Le cancer pédiculé est donc surtout de l'épithélioma. Il est représenté par une tumeur saillante à base d'implantation de largeur variable et qui n'est quelquefois même qu'un étroit pédicule. Il occupe de préférence le fond de l'utérus et s'offre au toucher comme une masse irrégulièrement arrondie, bosselée, riche en bourgeons papillaires renfermant de nombreux vaisseaux qui, par leur friabilité, sont une cause d'hémorragies sérieuses.

Le volume de la tumeur varie de la grosseur d'une amande à celle d'un œuf de poule. Ce néoplasme est de couleur grisâtre et sécrète une sanie fétide due aux nombreux débris sphacélés de sa surface. Son extension se produit vers la cavité utérine en général; c'est une forme en chou-fleur dont l'origine, d'après Hofmeier, serait dans l'épithélium des glandes tandis que la forme diffuse prendrait naissance dans la partie superficielle de la muqueuse.

Le cancer diffus est aussi bien épithéliomateux que sarcomateux. Il s'étend beaucoup plus en surface qu'en profondeur, il envahit la plus grande partie de la muqueuse tout en respectant le canal cervical. La muqueuse est bourgeonnante, déchiquetée, tomenteuse, offrant alternativement au doigt la sensation de points durs et de points ramollis en voie de dégénérescence. L'épaisseur de la muqueuse n'est donc pas égale sur toutes les parties, et c'est surtout à cause de cette inégalité d'épaisseur qu'il faut manier l'hystéromètre explorateur avec prudence, les points ramollis pouvant céder et donner lieu à une perforation de la paroi utérine. Le cancer diffus occupe aussi de préférence le fond de l'organe et prolifère quelquefois au point de combler toute la cavité. La surface de ce cancer est, comme dans la forme circonscrite, recouverte d'une sanie ichoreuse, d'odeur persistante et bien connue de tout clinicien qui l'a une fois sentie.

[1] Sarcome pédiculé du corps de l'utérus. H.-V., 1873. Guérison opératoire.

Hématomètre-Pyomètre. — Dans le cancer, surtout dans le sarcome, la muqueuse étant très vasculaire par suite de la néoformation de vaisseaux à structure embryonnaire, et, d'autre part la desquamation de la muqueuse par petits lambeaux sphacélés étant très grande, il peut arriver, si les débris épithéliaux sont assez abondants à un moment donné pour obstruer l'orifice interne du col et si la friabilité des vaisseaux permet une hémorragie, que le sang s'accumule dans la cavité utérine et soit le point de départ d'un hématomètre. Nous aurons alors une tumeur abdominale fluctuante au palper et qui pourra en imposer pour un kyste de l'ovaire, si nous ne connaissons pas préalablement l'existence du cancer utérin et si nous n'avons pas assisté au développement de la tumeur sanguine intra-utérine. Dans les observations que nous reproduisons, on en retrouvera une de Segond (obs. 21 de Segond ; épithéliomas XXXI) avec hématomètre survenu dans un épithélioma à cellules cylindriques développé dans la cavité et la paroi du corps de l'utérus. Mais beaucoup plus intéressante est l'observation de Fafius (obs. XV des sarcomes). « On reconnaît l'existence d'une tumeur pareille à un utérus gravide de sept mois, les culs-de-sac sont effacés, le col et son orifice n'existent pas ou se trouvent remplacés par une tumeur dure, lisse, ronde, non fluctuante, sauf en un point au-dessous de la symphyse ». Fafius fit une ponction au trocart, l'opération radicale étant contre-indiquée par l'état déjà avancé du néoplasme.

Dans le cas de ponction, si l'asepsie n'a pas été pratiquée d'une manière rigoureuse, on comprendra que l'infection est très facile à produire dans une cavité close et contenant un liquide souillé par les débris de la tumeur. Nous devrons, dès lors, craindre le pyomètre avec son cortège de symptômes fébriles. Quelquefois, le pyomètre se développera d'emblée comme dans l'observation de Thomas Kay (Sarcomes, obs. XI).

B. Cancer intrapariétal. — Ce cancer est tout à fait de structure sarcomateuse. Sa synonymie est très riche : fibro-sarcome, sarcome parenchymateux, polype sarcomateux, cancer musculaire de Bard. Ce cancer, comme celui de la muqueuse, peut être circonscrit ou diffus. Il a été très bien étudié par Terrillon en 1890.

Terrillon distingue 3 formes de cancer intrapariétal :

Les sarcomes interstitiels ;
Les sarcomes sous-péritonéaux ;
Les sarcomes kystiques.

On voit que le cancer parenchymateux provenant le plus souvent, comme nous l'avons dit, de la transformation des fibromyomes, a le même siège que les tumeurs bénignes.

1° *Le cancer ou sarcome interstitiel,* écrit Terrillon, est caractérisé par une hypertrophie considérable de tout l'utérus. Il semble que la production maligne ait envahi presque en même temps toute l'épaisseur du muscle qui s'hypertrophie en masse de façon à acquérir un volume parfois énorme ; dans une de mes opérations, l'organe ainsi altéré pesait 19 kilogrammes.

Une augmentation du diamètre de la cavité utérine s'ensuit — il ne dépasse guère 12 à 15 centimètres — ainsi qu'une hypertrophie de la muqueuse. « On voit que nous retrouvons bien les allures du fibromyome. Enfin les nombreux vaisseaux qui viennent des ligaments larges et qui rampent à la surface de cette grosse tumeur sont notablement ectasiés. J'ai principalement remarqué combien les veines étaient toujours plus volumineuses que dans les fibromes simples de même volume ».

La muqueuse utérine hypertrophiée, sans être envahie par le cancer, est œdématiée et boursouflée ; elle saigne facilement et devient l'origine de graves métrorragies.

2° *Le cancer ou sarcome sous-péritonéal* est caractérisé, toujours d'après Terrillon, par la production du sarcome par places ordinairement bien circonscrites dans le muscle utérin. A son début, la tumeur occupe la surface ou l'intérieur du muscle utérin, constituant un noyau qui fait à peine saillie sous le péritoine. Puis, en se développant, elle fait de plus en plus saillie dans la séreuse, qu'elle repousse jusqu'à ce que finalement elle se pédiculise. Plus tard, elle s'élargit par sa partie saillante, affectant la forme d'un champignon lisse, à peine bosselé, qui flotte, pour ainsi dire, dans la cavité abdominale, retenu au corps de l'utérus par un pédicule de volume variable.

On peut trouver à la surface de l'utérus deux ou trois productions semblables à des stades différents de volume et de pédiculisation. L'organe qui porte cette sorte de tumeur est toujours hypertrophié.

Le pédicule a un volume variable. Je l'ai vu varier de 5 à 10 centimètres de diamètre environ.

Malgré cette forme pédiculée, le tissu sarcomateux s'enfonce toujours dans la paroi utérine, et, par suite, l'opération partielle qu'on peut faire sur chaque tumeur sans toucher à la substance de l'organe est presque fatalement incomplète.

3° *Cancer ou sarcome kystique.* — C'est la troisième variété de Terrillon. « Il s'est formé dans la masse de la tumeur, soit des kystes véritables, soit par places, un ramollissement partiel donnant l'apparence de kystes.

« Ceux-ci sont rares et disséminés dans le sarcome, de façon variable. Généralement on trouve dans ces cavités, qui acquièrent parfois un volume considérable, du liquide sanguin ou plutôt une bouillie noirâtre, nettement fluctuante et dans laquelle nagent souvent des lambeaux de tissu sarcomateux ».

Telle est, esquissée, l'étude anatomo-pathologique du cancer du corps de l'utérus. Pour nous résumer, nous reprendrons le

tableau emprunté à Pozzi et qui sert de division à notre thèse, en le modifiant de la sorte :

Cancer du corps de l'utérus	Cancer de la muqueuse (épithélioma ou sarcome.)	Circonscrit = pédiculé Diffus = en nappe.
	Cancer du parenchyme (sarcome).	Interstitiel. Sous-péritonéal. Kystique.

C. Lésions de voisinage et propagation. — L'observation de Ménétrier, tirée de la thèse de Léca, est très intéressante à étudier comme lésions secondaires au cancer de l'utérus (Epithéliomas : Obs. III). A l'autopsie de la malade, on se trouve en présence d'un cancer secondaire du péritoine, de l'intestin, du foie et du rein ; de la dégénérescence graisseuse complète du foie et d'un petit cœur. Aussi bien, les ligaments larges et la vessie étaient-ils envahis par le néoplasme. De même, l'observation de Raymond est très instructive à cet égard (Sarcomes : Obs. V). Dans ce cas de sarcome, non seulement les ligaments larges, le foie, la rate, les poumons, sont le siège de noyaux métastatiques, mais l'on retrouve le tissu cancéreux jusqu'en la cavité cranienne, le sarcome a envahi la dure-mère.

Quelles sont les lésions secondaires que nous pouvons rencontrer dans le cancer du corps de l'utérus ?

a). *Appareil génital.* — Le cancer du corps se propage peu au col ; c'est plutôt l'inverse qui se produit, propagation du col au corps.

Le néoplasme intra-utérin respecte aussi le plus souvent les ovaires. Valat a relevé la dégénérescence cancéreuse et la dégénérescence kystique des ovaires. Il a noté aussi l'existence d'adhérences utéro-ovariennes postérieures.

Les trompes sont, comme les ovaires, peu sujettes à l'envahis-

sement cancéreux. Pourtant la néoplasie secondaire des trompes a été observée dans un cas par Valat. Nous rencontrerons plutôt le pyosalpinx (Obs. IX de Segond : Epithéliomas XXXI) que la carcinose.

Enfin, toujours du côté génital, il faut noter les fusées possibles dans le ligament large ; nous verrons l'importance de cette propagation pour le diagnostic opératoire. (Obs. 14 de Segond : Epithéliomas XXXI).

b). *Organes abdomino pelviens.* — Valat a relaté l'envahissement de la vessie et de l'uretère par le tissu néoplasique et la création d'adhérences vésico et urétro-utérines.

Le rectum peut, ainsi que les intestins, devenir le siège de cancer secondaire. Les adhérences sont fréquentes aussi entre ces organes et l'utérus. Il faut noter de ce chef la possibilité des perforations intestinales.

Le péritoine, surtout dans le cas d'épithélioma — car le sarcome reste très longtemps limité — a été trouvé carcinomateux.

Enfin, nous devons signaler les noyaux à distance, dans le foie, les poumons, les plèvres et la rate.

Les ganglions pelviens sont envahis à la période ultime de l'épithélioma du corps. Les ganglions lombaires peuvent, à la même époque, subir la dégénérescence cancéreuse. Dans le sarcome, au contraire, les ganglions sont le plus souvent indemnes. L'explication de cette contradiction apparente est facile à donner : l'épithélioma se propage surtout par la voie lymphatique, le sarcome est une tumeur vasculo connective dont la propagation se fait par la voie sanguine (veines et artères).

L'envahissement des nerfs abdomino-pelviens par la matière cancéreuse a été relaté et explique les douleurs utérines dans le cancer du corps, d'après certains auteurs.

Les veines elles-mêmes n'échappent pas quelquefois à la loi commune et subissent la dégénérescence carcinomateuse.

Nous verrons au chapitre des complications tous les accidents que peuvent entraîner ces propagations locales ou à distance.

D. Coexistence du cancer et des tumeurs bénignes. — Nous avons relevé plusieurs fois dans les observations recueillies la coexistence, dans le même utérus, des tumeurs bénignes (polypes ou fibromes) et du cancer (2 observations de M. Tédenat). Dans les 27 épithéliomas ou sarcomes du corps de la statistique de Segond (Thèse Bigeard, 1899), nous notons huit cas pareils dont six épithéliomas et un sarcome coexistant avec un ou plusieurs petits fibromes interstitiels (épithéliomas XXXI ; n°s 3, 5, 10, 16, 17, 19, 23 et sarcomes, Obs. xvii). Le n° 19 des épithéliomas de Segond est particulièrement intéressant. Il s'agit d'un cancer du corps (forme de polype), pris pour un fibrome sphacélé et coexistant avec trois ou quatre petits fibromes interstitiels du volume d'une noix. A l'hystérectomie vaginale pratiquée en avril 1896, et qui fut complétée par l'ablation des annexes on rencontre un gros kyste de l'ovaire gauche qui creva durant le morcellement. Dans le vingt-troisième cas d'épithéliomas de cette statistique, nous trouvons un fibrome de 1,360 gram. avec dégénérescence cancéreuse de l'utérus et envahissement néoplasique des ganglions et de l'intestin. On comprend dès lors que l'opération même par le procédé Américain ait été incomplète. L'intervention produisit quand même une grande amélioration par la disparition des phénomènes de compression et des douleurs.

Nous ne ferons que noter sans y insister la coexistence, chez la même femme, de plusieurs tumeurs malignes, kyste de l'ovaire et cancer comme dans l'observation de Nicaise-Tissier, où la malade était porteuse d'un sarcome fasciculé sans hémorragie et d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche (Sarcomes : Obs. vi). Dans l'observation d'Emanuel (Epithéliomas : Obs. xxiv), le même utérus renfermait un carcinome et un sarcome. C'est un des rares cas de coexistence des deux variétés de cancer : épithéliale et vasculo-connective.

Symptomatologie

Une femme qui a dépassé la ménopause, assiste, sans cause connue, à la réapparition de « ses sangs ». Les hémorragies sont d'abord peu abondantes, irrégulièrement distancées et n'effrayent nullement la malade, qui n'y attache pas grande importance et ne consulte pas de ce chef. Dans l'intervalle de ces pertes se montre de la leucorrhée, la femme commence à « perdre en blanc », mais elle ne souffre pas encore et s'endort dans une indifférence qu'elle regrettera plus tard. Ce ne sera que quand les métrorrhagies deviendront profuses, gênantes, affaiblissantes ; quand les écoulements leucorrheiques prendront un peu d'odeur, quand les douleurs lombaires et abdominales apparaîtront, que la patiente se décidera — trop tard déjà — à prendre un avis médical et à se laisser examiner. Les moyens d'investigation locale permettront de poser le diagnostic, mais le néoplasme aura déjà profondément gagné, et l'on ne pourra plus lutter efficacement et d'une manière curative contre l'envahissement cancéreux.

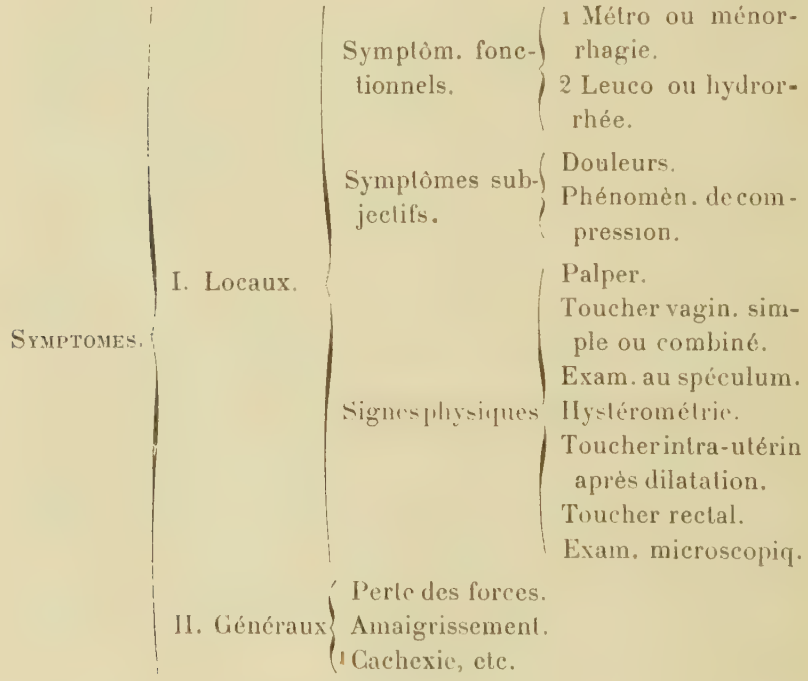
Bien plus difficile encore sera à saisir le début de la maladie lorsqu'elle se développera chez une femme réglée ou aux environs de la ménopause. Si la malade a de 40 à 45 ans, on attribuera au « retour d'âge » les métrorrhagies et la leucorrhée, et l'on ne s'inquiétera pas de symptômes que l'on considérera comme normaux et quelquefois même désirés.

Si l'on se trouve en présence d'une jeune femme de 20 à 30 ans, mariée, le cancer, étant presque toujours du sarcome, évoluera sans douleur et les hémorragies plus abondantes seront trop souvent attribuées à des excès ou à de la métrite.

Enfin si la malade est une jeune fille ou une impubère, la symptomatologie sera encore plus difficile à découvrir et l'on mettra sur le compte de l'établissement de la menstruation les hémorragies du debut, les parents, par une pudeur outrée et quelquefois coupable, ne s'intéressant pas dans certains milieux à l'état génital de leurs filles.

Examinons donc chaque symptôme du cancer intra-utérin en particulier et tâchons de préciser chacun des signes précédemment signalés.

Nous diviserons comme suit les symptômes du cancer du corps utérin :



A. Symptômes fonctionnels. — 1° *Hémorragie*. — Le symptôme hémorragie est variable comme mode d'apparition, comme durée, comme abondance, enfin comme fréquence.

Dans un certain nombre de cas, l'hémorragie est un signe de début et constitue presque toute la symptomatologie, surtout lorsqu'il s'agit de sarcome. Aussi Bisch en fait-il, ainsi que Bouilly, le symptôme directeur du diagnostic au début. L'observation suivante que nous a communiquée M. le professeur Tédenat, nous montre un sarcome ne se révélant presque que par des hémorragies, qui ne cédèrent ni aux médicaments antimétrorrhagiques, ni au curettage et qui furent une des grandes raisons de l'hystérectomie vaginale.

Sarcome de la muqueuse du corps de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Guérison persistant depuis 18 mois

Albine B.. , 33 ans, salle Desault, n° 5, nous est adressée par le docteur Abel Bertrand, le 3 mai 1898.

Arthritique et nerveuse, complexion moyenne. Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'en août 1896. Cinq accouchements normaux et sans accidents puerpéraux. Depuis le mois d'août les règles durent 8 à 10 jours, abondantes, avec caillots. Pertes rouges fréquentes dans l'intervalle. Injections chaudes, ergotine, hamamelis..., rien n'a pu diminuer les métrorrhagies. Un curettage a été pratiqué sans bénéfice en novembre 1897.

3 *mai*. Malade pâle. Rien aux poumons, ni au cœur, ni aux organes digestifs.

Vulve et vagin normaux. Col sain. Utérus gros, de forme régulière, légèrement renversé en arrière. Annexes point ou peu lésés. Vague pesanteur lombo sacrée.

5. Asepsie du vagin, irrigué depuis longtemps avec des solutions antiseptiques. Dilatation extemporanée du col avec le dilatateur de Reverdin. Du sang coule de la cavité utérine que le doigt sent remplie de masses végétantes molles et pulpeuses. Séance tenante, curettage. La curette amène de grosses végétations gris-blanc, molles. On sent alors l'instrument crier sur la paroi ferme. Cautérisation avec une solution de chlorure de zinc à 1/5. La cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée. Les masses obtenues par le curettage sont constituées par des cellules rondes et quelques cellules

fusiformes avec de nombreux vaisseaux à paroi embryonnaire, vrai tissu sarcomateux.

Pas de douleur, ni de fièvre, mais le 25 mai les hémorragies recommencent, l'utérus est déjà rempli de végétations

2 *juin*. Hystérectomie vaginale facile. Les pinces sont remplacées par des ligatures. Guérison complète le 20 juin. A ce moment, la malade se plaint de mictions fréquentes dues à un peu de cystite qui cède, en huit ou dix jours, grâce à des instillations de nitrate d'argent à 1/500. La malade se plaint aussi d'une douleur qui paraît localisée sur le petit nerf sciatique gauche. Cette douleur a persisté pendant cinq mois, malgré des pilules de quinine et aconitine, des frictions térébenthinées, etc.

La santé générale est bonne, sauf un peu de dyspepsie et de menus accidents hystériques dont la malade avait souffert souvent depuis longues années. En octobre 1899, aucun signe de récidive.

L'utérus enlevé avait 10 centimètres de longueur et 7 centimètres de largeur . La muqueuse était complètement transformée en tissu sarcomateux d'aspect et de consistance cérébroïdes. Le tissu formait des houppes, des nodules çà et là, il présentait des points hémorragiques. La tunique musculaire semblait indemne.

Nous retrouverons dans le Cancer du corps des métrorrhagies et des ménorrhagies ; la quantité et la qualité du sang épanché sont essentiellement variables et dépendent de la période d'évolution de la maladie. Dans certains cas, comme dans l'observation de Doleris, la malade se plaindra « d'être constamment dans le sang » ; d'autres fois les pertes sanguines reviendront à intervalles irréguliers et seront inégalement distancées (8, 15 jours et davantage). L'écoulement sera franchement sanguin, formé de sang artériel ou veineux presque pur, fluide ou cailloteux ; quelque autre fois il sera simplement rosé, légèrement teinté ; enfin il pourra se mélanger à du pus, à des débris cancéreux et devenir fétide.

D'où proviennent ces hémorrhagies ? Hisch distingue entre les métrorrhagies du début et celles de la période d'état. Les hémorragies du début seraient dues à la congestion qu'entraine l'en-

vahissement du néoplasme; les hémorragies tardives auraient pour cause la fragilité et la friabilité des bourgeons cancéreux. C'est par ce dernier mécanisme de la rupture des vaisseaux néoplasiques que s'expliquerait la production de l'hématomètre, ainsi que nous l'avons déjà dit au chapitre précédent.

2° *Leucorrhée, Hydrorrhée.* — L'écoulement leucorrhéique peut être un symptôme précoce, il peut coexister avec les hémorragies ou leur succéder, enfin il peut faire complètement défaut pendant toute la durée de la maladie.

Chez les femmes sujettes à la leucorrhée, celle-ci devient plus abondante ; chez celles qui n'en ont jamais eu et qui sont encore règlées, elle se montre dans l'intervalle de 2 métrorrhagies; enfin chez les femmes ayant dépassé la ménopause, elle apparaît après une perte de sang.

L'écoulement peut être séreux (hydrorrhée), séro-sanguin ou séro purulent. Mlle Coutzarida a insisté sur l'écoulement séreux comme signe du début. D'après elle, « l'hydrorrhée apparaît toujours seule et comme premier symptôme, quand la néoplasie cancéreuse a envahi primitivement et exclusivement le corps de l'utérus ». C'est là de l'exagération et il ne faut pas attribuer une telle valeur de symptôme prémonitoire pathognomonique à l'écoulement aqueux, bien qu'il puisse quelquefois être assez abondant pour imbiber plusieurs serviettes. Cette hydrorrhée résulterait de la transsudation de la sérosité sanguine, que favoriserait aussi bien la congestion des vaisseaux utérins que l'infiltration des tissus de la matrice par le néoplasme. Cette « Wattery discharge » de Simpson est un liquide clair, inodore, analogue au bouillon, contenant beaucoup d'albumine et d'urée.

L'écoulement leucorrhéique peut quelquefois se mélanger au sang et l'on aura un liquide séro-sanguin, couleur jus de viande, c'est-à-dire roussâtre. Enfin la leucorrhée peut devenir séro-purulente par le contact avec les débris sphacélés du cancer, elle est alors jaunâtre ou grisâtre.

Cet écoulement, qui n'a aucune odeur dès le début, en prend rapidement et devient excessivement fétide, cette odeur très désagréable doit être connue de tout bon clinicien. D'après Bruyère, cette leucorrhée séro-purulente fétide n'apparaitrait pas avant le 6e mois. Elle tache, elle empèse le linge et devient au bout d'un certain temps une cause sérieuse de prurigo par suite des excoriations qu'elle produit à la vulve et aux cuisses.

B. Symptomes subjectifs : 1° *Douleur.* — « La douleur dans les maladies utérines, loin d'être proportionnée à la gravité du mal, est souvent en raison inverse de cette gravité et l'on peut hardiment poser cet axiome dont le souvenir a l'avantage de tenir en éveil notre attention dans la pratique gynécologique : nimium ne crede dolori » (Courty. *Maladies des femmes*).

Le symptôme douleur est essentiellement variable comme fréquence, précocité, intensité et siège.

« Des cas supposés de sciatique, dit Portes, doivent être regardés avec défiance, car ces douleurs ne sont souvent que le premier symptôme d'un cancer. » Observation de M. le Prof. Tédenat : (Albine B. 33 ans, sarcome).

Tandis que, d'après Valat, ce symptôme peut ne pas apparaître dans tout le cours de l'affection, que Bisch ne le rencontre pas dans la moitié des cas, Bruyère le note 43 fois sur 53 cancers et Pichot 4 fois sur 24 cas.

C'est tantôt au début, tantôt à la période d'état, tantôt à la période finale que la douleur se montre, mais nous ne pensons pas qu'il faille, à l'instar de Bisch, baser son diagnostic sur ce signe principalement et distinguer des cancers non douloureux à début hémorragique et des cancers à début essentiellement douloureux.

Le degré d'intensité de la douleur varie avec chaque néoplasme. Ce sont tantôt des douleurs de métrite sans caractère particulier, tiraillements et pesanteur dans le bassin ; tantôt des

douleurs lancinantes, comme dans le cas de Fafius (sarcomes : obs. XV); tantôt des douleurs expultrices. Elles peuvent donc être continues ou survenir par crises et Simpson considérait comme pathognomoniques du cancer du corps les paroxysmes douloureux à une heure déterminée de la journée ou de la nuit (Godson, Engelmann. Weiss). L'observation de Catherine T... 63 ans, que nous a communiquée M. le Docteur Gouilloud est particulièrement intéressante à ce sujet, indépendamment de la grande valeur que lui donne une guérison de plus de 7 ans, sans récidive :

« Depuis 3 mois, la malade a eu des douleurs survenant d'une façon très périodique, chaque fois environ après 10 heures de calme.

Ainsi elle raconte qu'elle savait déterminer d'avance l'heure à laquelle devaient apparaître ses douleurs et qu'elle appréciait aussi d'avance leur intensité probable suivant que les douleurs précédentes avaient été plus ou moins fortes.

Elle fut traitée par quelques piqûres de morphine. Envoyée dans le service par le Dr Br... sous le diagnostic de nervosisme, on pensa d'abord que ces douleurs devaient être des manifestations neurasthéniques, mais on s'aperçut que la malade avait également quelques petites pertes tous les matins ; on songe à la sténose du col ou à un néoplasme du corps. »

Les douleurs peuvent siéger, comme dans le cancer du col, aux régions hypogastrique, vulvaire, périnéale, anale ou s'irradier dans les cuisses et dans les jambes sous forme de crampes, à la région épigastrique, dans les flancs, à la région lombaire.

Le syndrome douloureux est plus précoce dans le cancer que dans le fibromyome, où il a surtout pour cause la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins.

Comment expliquer les douleurs dans le cancer du corps ? La pathogénie de ce symptôme est très discutée :

Hofmeier et Schrœder attribuent les douleurs à l'étroitesse ou à l'oblitération du col utérin, il y aurait rétention des sécrétions

et phénomènes douloureux au moment de l'expulsion de ces sécrétions accumulées dans l'utérus: le mécanisme serait le même que dans l'accouchement. Pozzi, Broca et Cornil croient « qu'il s'agit de véritables névrites par propagation le long des nerfs de l'utérus désorganisé. » Nous ajouterons à ces causes la création d'adhérences et les poussées de périmétrite et de péritonite. Si le mécanisme de la rétention et de l'expulsion des sécrétions est admissible pour les douleurs précoces, nous croyons qu'il est préférable d'admettre la pathogénie des névrites et des inflammations péri ou extra-utérines pour expliquer les douleurs tardives. Lorsque l'affection évolue sans grandes douleurs, c'est en général que le néoplasme est limité à la cavité utérine ; quand l'utérus adhère aux organes voisins, il existe presque toujours de violentes souffrances. Cette limitation à l'utérus sans propagation expliquerait que les douleurs soient plus tardives dans le cancer du corps que dans celui du col, les adhérences et la généralisation se faisant bien moins rapidement dans la carcinose du corps. On comprend aussi que les douleurs soient d'apparition plus tardive dans le sarcome, qui reste plus longtemps limité, que dans l'épithélioma, qui se propage plus facilement aux organes de voisinage.

2° *Phénomènes de compression* : Comme nous l'avons dit, c'est surtout dans le cas d'hématomètre ou de pyomètre que nous les trouverons. Indépendamment des douleurs, ces phénomènes consistent en :

a) Troubles digestifs : anorexie, lenteur de la digestion, constipation.

b) Dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen due à une gêne de la circulation par compression de la veine cave inférieure.

c) Fréquence de miction.

d) Enfin, oppression d'intensité variable, dans les cas où

l'utérus cancéreux, excessivement augmenté de volume, refoule en haut le diaphragme. Dans une ponction d'utérus néoplasique hématomètrique, Péan retira 30 litres de liquide ; Terrillon a retiré 13 litres après ponction ; et Jouon et Vignard 5 litres.

C) Signes physiques.— 1° *Palpation* : La palpation sera aussi utile dans le cancer que dans la grossesse. On aura la précaution de vider préalablement la vessie et de relâcher les parois abdominales.

La palpation de l'abdomen nous permettra de reconnaître :

a) L'existence de la tumeur ;

b) La forme de la tumeur : ovoïde ou arrondie en général ;

c) Le volume de la tumeur : De combien de travers de doigt l'utérus dépasse-t-il la symphyse ?

d) La régularité ou l'irrégularité de sa surface : ce signe sera très utile pour établir le diagnostic du fibro-sarcome, qui déforme en général la paroi, ou l'existence de fibromes dans le parenchyme utérin.

e) La consistance de la tumeur : fluctuation, choc en retour dans le cas d'hématomètre ou de pyomètre.

Enfin, en plongeant les mains dans le gousset pelvien comme dans la grossesse, on pourra déterminer approximativement le point d'origine de la tumeur. C'est par la palpation aussi qu'on se rendra compte de l'état des ganglions et de la propagation du cancer.

2° *Toucher vaginal* : Par le toucher vaginal, nous nous rendons compte :

a) De l'état du col.

b) De l'état des culs-de-sac.

a) Si le néoplasme est au début, le col sera généralement sain, occupant le plus souvent sa place normale mais pouvant aussi être légèrement dévié dans un sens ou dans l'autre. Le

col sera entr'ouvert et ramolli mais non friable. Bigeard insiste avec raison sur ce signe du « ramollissement excessif du col, semblable à celui qu'on trouve dans la grossesse » et qu'il a noté deux fois dans les observations d'épithéliomas de la statistique de M. le professeur Segond. (XXXI obs. 20 et 24). M. le professeur Laroyenne a insisté sur la friabilité du tissu cervical dans le cas de cancer du col et la possibilité d'enlever des parcelles de ce tissu avec l'ongle ; ce signe fait absolument défaut pour le col dans le cancer du corps et le col n'est pas déchiquetable à l'ongle.

Lorsque le néoplasme en sera arrivé à une période avancée, ayant entraîné une hypertrophie considérable de l'utérus, cet organe quittera le petit bassin comme dans la grossesse et remontera vers l'ombilic, de pelvien il deviendra abdominal. On trouvera alors l'excavation vide, et ce sera le cas d'appliquer ici le mot partout cité quand on parle en obstétrique de la présentation du siège : « On sentira qu'on ne sent rien ». Il faudra, avec la main libre, placée sur l'abdomen, abaisser l'utérus s'il est encore abaissable et mobile.

b) Par le toucher vaginal, nous aurons aussi à définir l'état des culs-de-sac et à examiner s'ils sont libres ou si au contraire ils sont le siège d'un empâtement dû à la création d'adhérences intra-utérines.

Mais nous obtiendrons surtout des renseignements précieux en combinant le palper au toucher et en pratiquant le palper bi-manuel. Nous aurons de la sorte l'utérus cancéreux entre les mains et pourrons, surtout chez les femmes maigres à parois facilement dépressibles, nous assurer de la mobilité de l'utérus. Nous ne devrons pourtant pas trop nous fier à cette mobilité, l'utérus pouvant très bien, dans le cas d'adhérences avec l'intestin, ne pas être bridé dans des mouvements, puisque les anses intestinales peuvent suivre les déplacements imprimés à la matrice.

3° *Examen au spéculum* : Nous ne le citerons que pour le déconseiller. Au début, en effet, le spéculum est inutile et ne donne aucun renseignement original ; à la fin il est douloureux et dangereux par la possibilité de l'hémorragie. Nous devrons donc nous en abstenir.

4° *Hystérométrie :* Rarement nous pouvons pénétrer d'emblée dans la cavité utérine et pratiquer l'hystérométrie sans dilatation préalable. Nous en parlerons donc avec la dilatation.

5° *Dilatation. Toucher intra-utérin. Curettage* : Les auteurs qui ont traité du cancer du corps ont tous insisté sur la nécessité de toujours pratiquer la dilatation utérine dans le cas de doute et ont reconnu la grande valeur de cette manœuvre sans inconvénient d'ailleurs, dans la confirmation du diagnostic. Pour Bruyère, la dilatation devra toujours être précoce. Elle se pratiquera avec la plus grande asepsie, et nous pourrons employer soit la méthode rapide par les bougies d'Hegar ou les dilatateurs métalliques, soit la méthode lente par l'emploi des laminaires et des éponges. Nous ne croyons pas qu'il y ait plus de danger à pratiquer la dilatation rapide à la condition d'être toujours prudent et de ne pas employer de manœuvre de force. Il doit en être de la dilatation comme du sondage, elle doit se pratiquer sans vaincre de résistance, et, même quand nous agirons vite, nous devrons toujours agir avec douceur. Dans le cas d'examen intra-utérin, nous avons vu le plus souvent M. le professeur Tédenat pratiquer la dilatation du col avec un dilatateur sans crémaillière adaptée aux branches (à cause du danger qu'il peut y avoir de déchirer le col si l'on retire le dilatateur sans le refermer soit par inadvertance, soit par fausse manœuvre) et nous ne faisons que reproduire ici les recommandations maintes fois énoncées par notre Maître à ce sujet. Pourtant, si le tissu du col était douteux et infiltré par le néoplasme, il faudrait alors user de préférence de la dilatation lente.

La dilatation nous permettra de mesurer la cavité utérine. Nous avons insisté au début de ce travail sur les résultats contradictoires qu'on obtenait quelquefois entre le volume de l'utérus et la profondeur de la cavité. Nous pouvons à l'hystérométrie trouver au début une cavité normale avec un organe très hypertrophié, par suite de l'hyperplasie de défense.

Dans le fibro-sarcome nous trouverons comme dans le fibromyome, une augmentation sensible de la cavité utérine (jusqu'à 13 et 16 centimètres).

A une période avancée du cancer intra-utérin, quand les parois seront devenues minces, nous pourrons aussi noter une augmentation de la cavité utérine, mais nous aurons alors à craindre la perforation de la paroi excessivement amincie ou l'hémorragie produite par la lésion des vaisseaux de néoformation.

La dilatation cervicale nous permettra aussi le toucher intra-utérin. Le doigt explorateur trouvera la muqueuse déchiquetée, bourgeonnante et aura parfois la sensation de velours d'Utrecht, sensation que l'on considère comme caractéristique et qui cependant est assez infidèle.

Enfin, pour confirmer le diagnostic, nous serons autorisés, après dilatation préalable, à pratiquer aseptiquement le curettage pour obtenir des lambeaux de muqueuse et les porter sous le microscope. Les signes donnés par Bigeard dans le curettage seront le peu de résistance à la curette, l'absence du cri utérin et le volume des fragments de tissu enlevés.

Nous ne répéterons pas ici que le curettage doit être pratiqué avec autant de douceur que l'hystérométrie pour éviter la perforation (epithéliomas : obs. I. Dmitri de Ott.

6° *Toucher rectal.* — Le toucher rectal sera un aide puissant du toucher vaginal, il nous sera d'un grand secours dans la confirmation du diagnostic et servira à établir le degré d'adhérences de l'utérus aux viscères voisins, surtout si le néoplasme siège sur

la paroi postérieure de l'organe. Nous aurons aussi, par le toucher rectal, des renseignements beaucoup plus précis sur l'état des ganglions pelviens et lombaires, et nous pourrons, de l'état de ces ganglions, déduire un diagnostic opératoire plus précis que par le toucher vaginal.

7° *Examen microscopique*. — Nous croyons avoir le droit, sans sortir du sujet clinique, de faire à la symptomatologie l'étude de l'examen microscopique du cancer du corps. Le microscope a pris une place prépondérante en clinique ces dernières années, et tout service de chirurgie bien compris est doublé à l'heure actuelle d'un laboratoire. Ne pas faire entrer, sous prétexte de rester clinique, l'examen microscopique dans la symptomatologie du cancer du corps, ne serait-ce pas agir comme le clinicien qui poserait le diagnostic de kyste hydatique sans contrôler, après ponction, la nature du liquide retiré et sans chercher les crochets caractéristiques de l'échinocoque.

Nous ne donnerons pas ici l'indication des manœuvres préparatoires de l'examen microscopique. Nous recommanderons seulement d'enlever au curettage des lambeaux larges et de creuser jusqu'au tissu musculaire de l'utérus, pour ne pas passer à côté du tissu néoplasique sans le voir, dans le cas de cancer encore au début et limité à quelques noyaux disséminés. Nous n'avons pas à décrire la technique des coupes et la manière de les monter. Ce sont questions de pure histologie, et nous renvoyons aux travaux de Cornil ou à la description de la thèse de Bruyère.

Au point de vue histologique, nous distinguerons entre l'épithélioma et le sarcome et les étudierons naturellement chacun à part.

L'histologie de l'épithélioma du corps a été très bien faite par Cornil, en 1889, et depuis cette époque tous les auteurs ne font que reprendre les descriptions de cet anatomo-pathologiste.

L'épithélioma primitif du corps utérin est presque toujours cylindrique, tubulé, ou lobulé, rarement pavimenteux. Les quelques cas d'épithéliomas pavimenteux sont ceux d'O. Piéring, de Gébhard de Pfannensteil, de Löhlein, de Flaischlen et d'Emanuel. Gébhard, à propos de son observation, fait remarquer la rareté de la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux. Dans certains cas, d'après lui, c'est consécutivement à une inflammation chronique que l'épithélium cylindrique devient pavimenteux et se stratifie, mais l'affection reste superficielle et bénigne ; cette variété correspond à l'ichtyose utérine de Zeller. Dans d'autres cas, la même transformation a lieu dans le corps et au voisinage du col, mais avec tendance à envoyer des prolongements dans la profondeur ; il s'agit alors d'un véritable carcinome qui a son point de départ dans l'épithélium superficiel. Il est d'ailleurs tout naturel que le corps de l'utérus, qui est pourvu d'un épithélium cylindrique, fasse un épithélioma cylindrique quand il en fera, tandis que le col, qui est de structure pavimenteuse, fera de l'épithélioma pavimenteux.

L'épithélioma primitif du corps de l'utérus peut débuter par les cellules de revêtement de la muqueuse, mais tire beaucoup plus souvent son origine de l'épithélium glandulaire ; c'est à son début, comme nous l'avons déjà dit, un véritable adénome.

Nous avons à étudier successivement dans ce néoplasme le tissu conjonctif qui sert de substratum et les tubes glandulaires qui composent, à proprement parler, cette tumeur.

Le stroma conjonctif est réduit, le plus souvent, à de minces travées, mais il peut devenir très épais en certains endroits et se creuse alors de cavités alvéolaires rappelant le carcinome des auteurs allemands. Ce tissu de charpente renferme un certain nombre de capillaires qui, issus de la coque fibreuse des alvéoles, pénètrent dans la couche des tubes glandulaires. Les alvéoles peuvent parfois contenir des cellules de dégénérescence muqueuse.

Les boyaux épithéliaux ou tubes glandulaires, modifiés par l'évolution cancéreuse, séparés les uns des autres par le tissu conjonctif que nous venons de décrire sont le plus souvent larges, irrégulièrement dilatés, ramifiés et anastomosés entre eux. Des bourgeons vasculaires font saillie dans l'intérieur de leur cavité et se répandent dans la lumière du conduit.

Par la coloration au picro carmin, la coupe d'un de ces tubes donne plusieurs couches de cellules.

a). Tout d'abord, la couche la plus profonde, constituée par des cellules cylindriques très allongées avec un gros noyau allongé lui-même, très fortement coloré et très tourmenté.

b). Au-dessus, 5 à 6 couches superficielles, également cylindriques, mais de plus en plus courtes, jusqu'à devenir polyédriques puis cubiques à mesure qu'on se rapproche de la lumière du tube : Le protoplasme de ces cellules est atrophié et difficilement visible. Le noyau est entouré de granulations, il subit bientôt la dégénérescence muqueuse et finit par s'atrophier lui-même. La couche la plus superficielle de ces cellules ne présente pas de cils vibratiles comme dans la glande normale. Enfin, dans la lumière du tube glandulaire, se rencontre un liquide muqueux tenant en suspension des cellules à noyaux atrophiés et chargées de granulations.

Nous ne trouvons pas de membrane basale à cellules plates entre le tube glandulaire ainsi composé et le tissu conjonctif; ce dernier donne directement insertion aux cellules profondes cylindriques allongées. Il n'y a pas d'adhesion entre la base de cette première assise de cellules et le substratum conjonctif.

Les tubes glandulaires envahissent insensiblement le muscle et le pénètrent en dissociant devant eux les fibres musculaires, qui s'écartent d'abord en faisceaux, s'infiltrent de noyaux et d'éléments jeunes en grande abondance et finissent par disparaître au milieu des bourgeons néoplasiques.

L'histologie du sarcome du corps de l'utérus n'a rien de bien

particulier ; c'est l'histologie du sarcome embryonnaire globo-cellulaire, quelquefois du sarcome fuso-cellulaire.

Le sarcome globo-cellulaire ou sarcome mou, encéphaloïde (Cornil et Ranvier), embryoplastique (Robin), forme une masse molle, pulpeuse, tantôt grisâtre, tantôt jaunâtre et diffluente, tantôt rouge. Cette masse est distendue par des kystes provoqués par la rupture des vaisseaux très nombreux qu'elle renferme. Nons y trouvons des cellules rondes, à gros noyaux entourés d'une même couche de protoplasme : la substance amorphe intermédiaire fait défaut, mais le réseau vasculaire est abondant. A la coupe et à l'expression entre les doigts, la tumeur laisse suinter du suc cancéreux.

Le sarcome fuso-cellulaire, sarcome dur ou fasciculé, blanc ou rosé dans ses premières phases, puis gris ou jaune par ramollissement du tissu en certains points, est composé de cellules fusiformes ou étoilées, quelquefois anastomosées entre elles et de substance amorphe intermédiaire peu abondante. Le réseau vasculaire, bien que très riche, l'est moins que dans le précédent ; aussi la marche de cette tumeur est-elle moins rapide.

Le sarcome de l'utérus, étant donné la richesse de sa vascularisation et la composition embryonnaire du tissu des vaisseaux néoformés, sera facilement hémorragique, plus hémorragique que l'épithélioma.

Le signe donné comme distinctif du sarcome utérin est l'absence de glande dans la muqueuse du corps.

L'infiltration sarcomateuse, quand elle débutera par la muqueuse, respectera, comme nous l'avons déjà dit à l'anatomie pathologique, le tissu musculaire longtemps, mais, quand la tumeur aura évolué en partie, nous observerons, à côté de portions de tissu musculaire sain, d'autres qui seront entièrement sarcomateuses, et enfin des zones de transition du tissu musculaire au sarcome.

D. Symptômes généraux : *Cachexie*. — Les symptômes généraux apparaîtront à la période ultime et quelquefois même feront complètement défaut dans le cancer sarcomateux. « L'intégrité presque absolue de l'état général est un des caractères cliniques les plus remarquables dans le sarcome, dit Terrillon. Au début, c'est à peine si l'embonpoint a diminué, si l'état général a subi aucun trouble. Souvent même le sarcome a atteint un volume déjà considérable sans que rien n'annonce une perturbation dans la santé. » Il n'en est pas de même dans l'épithélioma, où l'état général subit plus vite l'influence cachectisante de la tumeur.

La mort peut survenir par l'évolution naturelle de l'affection ; l'anorexie est une cause de cachexie, d'amaigrissement et d'exitus par dénutrition. La malade prend le faciès jaune paille, bien connu, de toute cancéreuse. Quelquefois elle succombe à une des complications que nous étudierons dans le chapitre suivant. Arrivée à la période cachectisante, la tumeur devient d'ailleurs, par les sécrétions qu'elle engendre, par les hémorragies et les douleurs qui l'accompagnent, une maladie excessivement pénible non seulement pour la femme atteinte mais encore pour son entourage (odeur cancéreuse, *sui generis*) et c'est pour remédier à cette fin misérable que l'opérateur sera souvent entraîné à pratiquer des opérations qu'il sait n'être d'aucune utilité curative mais qui seront indiquées comme interventions palliatives et de soulagement.

« La cause finale de la mort, sans compter les affections aiguës des derniers jours, dit Lebert, est évidemment un profond épuisement de toutes les forces vitales : le système nerveux est épuisé par les douleurs et les souffrances ; le sang est appauvri par les pertes, sa qualité est détériorée par le principe du cancer lui-même ; un foyer de sécrétion purulente, sanieuse, résultant du mélange même des diverses excrétions, lorsqu'il y a cloaque, ajoute encore l'infection putride aux autres éléments délétères. »

Complications. — Durée. — Pronostic.

Le cancer de l'utérus, suivant une marche envahissante et se généralisant parfois, s'accompagne de complications qui peuvent l'aggraver et précipiter la terminaison fatale.

Nous admettrons des complications de compression et des complications de propagation et en diviserons l'étude comme suit :

$$\text{Complications} < \begin{matrix} \text{de compression} \\ \text{de propagation} < \begin{matrix} \text{locale.} \\ \text{générale.} \end{matrix} \end{matrix}$$

Nous avons déjà parlé, au Chapitre de la symptomatologie, des phénomènes de compression, tels que douleurs, anorexie, dilatation des veines abdominales sous-cutanées, troubles de la miction, oppression, tous phénomènes si fréquents que nous les avons rangés au nombre des symptômes plutôt que des complications.

A). Complications de compression. — Cette compression a lieu soit par hématomètre, soit simplement par hypertrophie de l'utérus cancéreux ou des ganglions qui en dépendent.

C'est à la compression des vaisseaux iliaques que nous devons rapporter la plupart des accidents intercurrents vasculaires. Cette compression entraînera tantôt la thrombose, tantôt l'embolie, tantôt l'œdème (*phegmatia alba dolens*), tantôt même le sphacèle des membres inférieurs,

C'est à la compression des uretères par extension du cancer du côté de la vessie que nous devons attribuer la plus grave des complications étudiées, la néphrite aboutissant à la sclérose de l'appareil rénal et à la mort par coma urémique. Une des obser-

vations du professeur Laroyenne et que l'on trouvera à la fin de cette thèse (Obs. XIII : épithéliomas) a justement pour objet un cancer primitif de corps ayant amené de petits accidents urémiques à forme dyspnéique.

Nous devrons toujours craindre l'urémie dans le cas d'intervention chez les cancéreuses, surtout quand elles ont des lésions déjà avancées; il est facile de comprendre que ces malades, en état de moindre résistance rénale et qui feront facilement de l'intoxication albuminurique, même sans raison apparente, pourront quelquefois succomber à une crise urémique pour un curettage banal.

La compression du rectum, par développement de la tumeur en arrière, est de gravité bien moindre que la compression vésico-uretérale, si l'on ne considère que la rapidité de l'exitus ; mais elle devient très pénible pour les patientes par la constipation qu'elle amène et par la perforation possible du rectum. La compression postérieure est d'ailleurs moins fréquente que l'antérieure.

B). Complications de propagation locale. — La complication de propagation locale la plus fréquente est la péritonite. Elle s'observerait à peu près dans 1/5 des cas.

Elle est locale ou généralisée, simplement inflammatoire ou de nature cancéreuse, enfin elle peut être aiguë ou suraiguë.

Elle est localisée par la création d'adhérences utéro-péritonéales qui empêchent l'extension de la lésion et isolent les foyers d'inflammation.

Généralisée, elle est due à la propagation lymphatique ou provoquée par la perforation du fond de la matrice et se rencontre surtout alors dans le cancer térébrant circonscrit.

Valat a même signalé un cas de péritonite purulente, relaté parmi ses observations.

C). Complication de généralisation. — Nous en avons

parlé au chapitre de l'anatomie pathologique et avons noté les métastases dans le rein, le foie, la rate et le cerveau, les noyaux secondaires dans le péricarde, la plèvre et les poumons. Nous renvoyons à ce chapitre et aux observations de Ménétrier et Raymond.

DURÉE

Faisant abstraction des nombreuses statistiques établies à ce sujet, nous signalerons :

a). La moindre rapidité d'évolution du cancer du corps que du carcinome du col ;

b). La marche plus lente et par suite la durée plus longue du cancer du corps chez les vieilles femmes ;

c), La localisation plus longue, d'où la durée plus grande du sarcome que de l'épithélioma quand il se développe chez les femmes ayant dépassé la ménopause ;

d). L'évolution rapide du cancer chez les jeunes, qui font le plus souvent du sarcome.

Le cancer du corps a une durée de 18 à 24 mois chez les vieilles, mais l'affection peut évoluer moins vite et l'on retrouve dans les auteurs des moyennes de 30 à 40 mois. L'on connaît les cas souvent cités de sarcomes évoluant en 8 ans (Terrillon), en 10 ans (Joüon et Vignard) en 20 ans (Péan) ; mais n'y avait-il pas eu alors simplement transformation de métrite en néoplasie maligne ?

Chez les jeunes, le sarcome évolue très vite, en moins d'un an quelquefois ; c'est d'ailleurs un des caractères de cette variété de cancer, en quelque organe qu'il se localise, et nous connaissons actuellement un cas de sarcome du bras qui a évolué, a été opéré et a récidivé en six mois et dont la période de dénutrition est déjà commencée.

En somme, l'évolution du cancer sera, en général, d'autant plus rapide que l'âge de la malade sera moins avancé.

PRONOSTIC

Le pronostic du cancer du corps utérin est fatal.

Si donc nous établissons des degrés de gravité, aussi bien nous faut-il faire entrer en ligne de compte l'état général de la malade, la fréquence et l'abondance des métro ou ménorrhagies, des écoulements leucorrhéiques, l'intensité des douleurs.

Certes, nous sommes en droit, si telle est notre conviction, de tenter la cure radicale du cancer — à la condition toutefois que l'intervention ne dépasse pas le mal en gravité — mais nous devrons toujours, sinon pour la malade du moins pour l'entourage, réserver le pronostic post-opératoire et bien établir la possibilité de la récidive, quelquefois même à brève échéance.

Diagnostic.

La question du diagnostic du cancer de l'utérus est bien la plus intéressante mais aussi la plus délicate dans l'histoire clinique de cette affection.

« Dès qu'on veut étudier les maladies de la matrice, disait Velpeau en 1845[1], on est arrêté par une difficulté inhérente à la position de l'organe dans l'économie. L'utérus est en effet un des viscères sur les confins pour ainsi dire des organes externes et internes; comme le rectum, la vessie, le larynx, il est situé plutôt dans l'intérieur des cavités, sans être cependant inaccessible par l'extérieur. Il résulte de cette situation qu'il n'est point aisé de l'explorer convenablement en tous sens et que le diagnostic des maladies qui l'affectent est par cette raison plus embarrassant; de là encore la divergence d'opinions dont ces maladies sont le sujet ».

Certes, depuis Velpeau les moyens d'investigation intra-utérine n'ont fait que progresser; à l'heure actuelle, loin d'être un organe d'exploration difficile, la matrice est devenue un organe d'examen facile, avec le palper bimanuel qui permet de la saisir entre les deux mains abdominale et vaginale; avec la dilatation qui autorise le doigt à pénétrer dans la cavité utérine ; avec le curettage, qui permet de porter sous le microscope des fragments de la muqueuse ou de la paroi et de compléter et assurer le diagnostic par la recherche des caractères propres au néoplasme.

Et pourtant, n'en est-on pas arrivé, quand il s'est agi de

[1] Gazette des Hôpitaux, 1845.

diagnostic du cancer intra-utérin, jusqu'à douter même des résultats histologiques. Landau en 1889[1] écrivait déjà : « Les documents qu'on possède à ce sujet (examen microscopique) sont trop insuffisants pour permettre d'établir que, là où les connaissances cliniques sont hors d'état de fournir des conclusions diagnostiques, l'examen microscopique permet de juger avec toute certitude. On a enlevé des utérus à propos desquels le diagnostic microscopique avait fourni le diagnostic de carcinome et qui n'étaient que le siège de phénomènes inflammatoires avec processus hyperplasique de l'épithélium glandulaire. D'autres utérus qui avaient été diagnostiqués être le siège de carcinomes du corps, présentèrent seulement tantôt un adénome bénin, tantôt un polype ou un myome ». Nous avons déjà dit que Broch, en 1891, s'élevait, lui aussi, dans sa thèse contre la valeur de l'examen microscopique.

Nous restons, pour notre part, un partisan de l'examen microscopique au point de vue diagnostique, sans pourtant l'élever à l'infaillibilité et à la condition qu'il soit consciencieusement pratiqué par un habitué du microscope et non par un histologiste improvisé. N'avons-nous pas vu, pour un cas qui nous touchait de très près, un diagnostic de kyste de l'ovaire porté, sans connaître la malade et posé sur un examen de caillot sanguin contenant de simples filaments de fibrine pris, à la légère, pour des cheveux ; d'où déduction de kyste dermoïde.

Comment comprendre le diagnostic de cancer primitif du corps de l'utérus ?

Nous diviserons ce diagnostic en trois parties : nous établirons d'abord le diagnostic différentiel d'avec les autres affections utérines ; nous parlerons après du diagnostic précoce du cancer; enfin nous traiterons, comme transition naturelle au traitement, le diagnostic opératoire.

[1] Annales de Gynécologie, août 1889.

A) Diagnostic différentiel. — En face d'une tumeur qui pourrait être de nature cancéreuse, nous aurons deux questions à nous poser et à résoudre :

a) Y a-t-il cancer ?

b) Quelle variété de cancer ?

En premier lieu, demandons-nous s'il y a cancer :

Pour poser un diagnostic de cancer utérin, nous chercherons d'abord dans les antécédents de la malade, antécédents héréditaires et génitaux; y a-t-il eu de l'arthritisme, du cancer dans la famille.

A quel âge l'apparition des règles? les menstrues étaient-elles régulières ou irrégulières, abondantes ou de petite quantité ? combien de grossesses et de fausses couches ? la malade a-t-elle atteint la ménopause et à quel âge ? nous étudierons ensuite les symptômes que nous observerons ou qui nous seront signalés : hémorragies, leucorrhée, douleurs, et à l'interrogatoire nous ajouterons l'examen local. Nous pratiquerons le toucher vaginal pour connaître l'état du col, le toucher combiné au palper, enfin le toucher rectal pour nous rendre compte des adhérences utérines. Nous examinerons la malade à l'hystéromètre, enfin nous pratiquerons la dilatation cervicale, qui nous permettra le toucher intra-utérin et le curettage de la cavité. Si tout est alors en faveur du cancer, nous nous demanderons s'il n'y aurait pas possibilité d'admettre une autre affection. Nous reviendrons plus loin sur les signes qui différencient le cancer des autres affections utérines; étudions maintenant la question de la variété du cancer.

L'âge pourra être d'un certain secours dans l'établissement du diagnostic entre les deux variétés de cancer : sarcomateuse et épithéliomateuse. S'il n'est pas de grande utilité quand la néoplasie évolue chez les vieilles, il est au contraire très important quand il s'agit de jeunes femmes. Nous avons déjà dit que le

cancer des jeunes était presque toujours du sarcome et très rarement de l'épithélioma.

La symptomatologie du sarcome est à peu de chose près la même que celle de l'épithéliome.

Au toucher intra-utérin, on aura dans les deux cas la sensation d'excroissances plus ou moins saillantes, tapissant toute l'étendue de la surface interne, mais ces excroissances ne présentent pas les mêmes caractères dans les deux variétés de néoplasme. «Dans le sarcome, d'après Aubry, ce sont des proéminences à base très large, des bosselures régulières et assez volumineuses, des nodosités bien arrondies, nous dirions volontiers des boursouflures de la paroi; dans l'épithéliome on observe plutôt des bourgeons très irréguliers sans forme déterminée, moins développés que les bosselures du sarcome mais plus nombreux, ce sont de véritables végétations, pédiculées pour la plupart et ayant une tendance à devenir polypiformes; par suite, la paroi est anfractueuse, déchiquetée, extrêmement irrégulière. De plus, les excroissances de l'épithéliome sont dures au toucher et friables, c'est-à-dire qu'elles s'effritent aisément sous le doigt; le tissu sarcomateux est plus mou et plus élastique».

Si toutefois l'hésitation existe entre le sarcome et l'épithéliome, il restera toujours l'examen microscopique comme moyen de contrôle. Mais Delbet ne prétend-il pas que « certaines variétés d'épithéliomes simulent les sarcomes à s'y méprendre ». Ce sont des sortes d'infiltrations épithéliales diffuses qui ont l'air de noyaux embryonnaires. Il faut avoir des coupes excellentes et se servir de forts grossissements pour reconnaître le caractère des cellules.

Quelles sont les différenciations de structure qui pourront faire distinguer les deux variétés de cancer ?

Il y aura tout d'abord la forme des cellules; les cellules épithéliomateuses sont cylindriques et polyédriques, disposées en plusieurs rangées; les cellules sarcomateuses sont rondes, ova-

laires ou fusiformes et réparties sans ordre. Il faudra ensuite tenir compte de la vascularisation de la tumeur : l'épithéliome possèdera artères, veines, capillaires cheminant dans le stroma de la tumeur, et ces vaisseaux auront une paroi distincte, une forme arrondie ; le sarcome sera irrigué par un système de lacunes limitées par les cellules embryonnaires elles-mêmes et sans paroi propre. Enfin, dans l'épithéliome, les glandes utérines, bien que profondément modifiées, existeront encore ; dans le sarcome, ces glandes auront disparu.

Rares seront donc les cas où l'on hésitera entre les deux variétés de tumeur maligne, mais, alors même qu'on sera indécis, l'indication opératoire n'en sera pas moins indiquée par le seul fait du doute.

Ceci dit, nous allons reprendre en détail les diverses maladies qui peuvent prêter à confusion avec le cancer et en donner les signes différentiels d'avec la carcinose. Nous aurons à distinguer le néoplasme que nous étudions d'avec : la métrite, le fibromyome, le polype et la tuberculisation de l'utérus.

Quand le cancer se compliquera d'hématomètre, nous le distinguerons de la grossesse, du kyste de l'ovaire, du fibromyome kystique, de l'ascite.

Nous laisserons volontairement de côté des affections dont Pichot a fait le diagnostic d'avec le cancer : hématocèle rétro-utérine, corps étranger de l'utérus, rétention placentaire dans l'avortement, môle hydatiforme, cancer de l'ovaire, grossesse extra-utérine, tumeurs et kystes tubaires. Nous jugeons inutile cet excès de différenciation ; nous estimons que c'est compliquer beaucoup trop ce chapitre de diagnostic pour le petit nombre de cas où nous serons appelés à distinguer le cancer d'avec ces affections, dont les symptômes bien connus tranchent en général nettement avec ceux de la carcinose.

a) *Métrite chronique.* — Il y a beaucoup de ressemblance entre la métrite chronique des vieilles femmes et le cancer.

Elle apparaît à peu près au même âge que le cancer ; comme lui elle est caractérisée par des métrorrhagies, des douleurs, de la leucorrhée qui, comme dans la carcinose, peut prendre une odeur fétide rappelant l'odeur *sui generis* de la néoplasie maligne. « L'odeur fétide n'a rien en soi qui doive faire croire nécessairement à une maladie de mauvais caractère, dit Aran ; car les sécrétions vaginales et utérines ont naturellement, chez certaines femmes, une véritable fétidité, et cette fétidité peut trouver encore facilement, dans des conditions particulières, dans la décomposition des liquides et surtout dans la présence du sang, l'occasion de devenir plus marquée, sans qu'on en puisse rien conclure de défavorable pour les malades ». M. le professeur Tédenat nous citait, ces derniers jours, le cas d'une femme chez qui la fétidité de la leucorrhée l'avait orienté vers le cancer de l'utérus et qui ne présentait que de la métrite, dont l'écoulement leucorrhéique fétide céda à quelques injections bien ordonnées.

Au toucher, la métrite peut donner une sensation analogue à celle du cancer. « La muqueuse du corps utérin, dit de Sinéty, considérablement épaissie, est rarement lisse. Elle se montre ordinairement hérissée de villosités ou parsemée de granulations, de fongosités, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une framboise. Ces végétations siègent plus ordinairement sur la paroi postérieure. Elles arrivent à former des masses fongueuses qui, en se pédiculisant, constituent de véritables polypes ».

Enfin l'examen histologique lui-même peut quelquefois ne pas permettre le diagnostic différentiel de la métrite et du cancer. N'est-ce pas surtout l'hypertrophie glandulaire qui caractérise la métrite chronique, et cette hypertrophie n'est-elle pas la caractéristique de l'épithéliome? En outre, certaines variétés interstitielles de métrite chronique ne sont-elles pas caractérisées par l'atrophie des glandes et la structure embryonnaire du stroma, comme dans le sarcome? Il n'y a, en somme, pas grande différence entre le tissu inflammatoire et le tissu cancéreux.

Comment distinguerons-nous donc la métrite du cancer? Au point de vue clinique, dans la métrite l'écoulement sera plutôt muco-purulent que séreux, comme dans le cancer; dans la métrite nous aurons, à certains moments, des poussées et des phénomènes fébriles que nous ne retrouverons dans le cancer qu'au cas de péritonisme ou de péritonite; dans la métrite, le col et le vagin seront plus chauds que dans le cancer; l'hypertrophie du col et du corps sera plus régulière, plus uniforme que dans le cancer. Mais nous devrons surtout nous baser sur la durée de l'affection : la métrite chronique durera facilement 10 à 12 ans, avec alternatives de bien et de mal, le cancer durera 2 à 4 ans, avec aggravation progressive. L'épuisement produit par la métrite sera toujours moins profond que celui produit par la cachexie cancéreuse.

Mais c'est surtout à l'examen histologique que nous devons en revenir pour ce diagnostic différentiel. Or, ici nous serons obligés de faire la distinction entre la métrite et le sarcome d'une part, la métrite et l'épithéliome d'autre part.

L'état du système glandulaire différenciera le sarcome de la métrite. Dans le sarcome nous ne retrouverons plus de glandes; la métrite est, au contraire, une hypertrophie glandulaire. Nous nous baserons aussi sur la forme particulière des cellules sarcomateuses pour faire la distinction, bien que certains anatomo-pathologistes admettent la transformation possible des cellules métritiques en cellules rondes ou la ressemblance des éléments ronds sarcomateux avec de simples globules blancs du muco-pus modifiés par l'inflammation. M. le professeur Kiener — à ce que nous a dit M. le docteur Lassalle, qui suivit quelque temps son laboratoire — a essayé de reproduire expérimentalement cette morphologie pseudo-sarcomateuse du globule blanc dans la muco-purulence, et, bien qu'il n'ait pu y parvenir, n'en admettait pas moins la ressemblance que nous signalons.

Le diagnostic de la métrite et de la variété épithéliomateuse du

cancer semble plus facile et plus net au point de vue histologique.

Dans la métrite, nous trouvons une membrane basale à cellules plates formant un revêtement extérieur au tube glandulaire, couche cellulaire qui fait défaut dans le cancer ; il n'y a pas, dans la métrite, défaut d'adhésions entre la base de la première assise cellulaire du boyau glandulaire et la paroi du tissu conjonctif; il n'y a pas profusion de couches épithéliales superposées comme dans le cancer; enfin, les cils vibratiles des cellules glandulaires n'ont pas disparu dans la métrite et n'existent pas dans le cancer. Un dernier caractère en faveur du cancer est la pénétration des glandes de la muqueuse utérine dans le tissu musculaire. La glande envahit le muscle en le dissociant d'abord, en l'infiltrant de noyaux néoplasiques, finalement en l'absorbant dans le tissu de nouvelle formation.

Mais toutes ces différences histologiques sont très fragiles, il faut le reconnaître, et l'on comprend très bien que le doute puisse subsister en certains cas et que, se basant sur des observations de métrites et de cancers à forme indécise, Doleris ait pu dire à la Société obstétricale de Paris : « Il n'est pas toujours aisé de diagnostiquer, même au moyen de l'examen histologique, la fongosité d'origine purement inflammatoire de celle que l'on voit apparaître au début d'une évolution cancéreuse..... aussi, quand on n'est pas absolument édifié sur la véritable nature de certaines fongosités, si la recherche des antécédents démontre l'existence dans la famille de l'affection cancéreuse, il faut intervenir de bonne heure et radicalement. »

b) Fibromyome : Nous ferons surtout le diagnostic du fibrome sous-muqueux d'avec le cancer de la muqueuse du corps et ne parlerons qu'incidemment du diagnostic entre le fibromyome et le fibrosarcome.

Le fibromyome et le cancer ont de grands points de ressemblance par l'âge d'apparition et par les symptômes : métrorrhagies, leucorrhée, douleurs, augmentation de volume de l'utérus

et phénomenes de compression. D'ailleurs, pour égarer encore plus le diagnostic, nous trouverons toujours dans le myome un certain degré de métrite qui transformera la muqueuse utérine et sera une cause d'erreur nouvelle. Mais ces deux tumeurs différeront aussi sous plusieurs rapports :

a. Par la marche de l'affection.
b. Par le caractère des douleurs.
c. Par le caractère des écoulements.
d. Par les caractères anatomiques de la tumeur.
e. Par la période finale.

a) Le cancer diffère du fibromyome par *la marche de l'affection* : La marche de la maladie est plus lente dans le cas de myome que dans le cas de cancer. Le myome est une tumeur bénigne, point incompatible avec la vie et qui, traitée, soit qu'on opère, soit qu'on se contente d'atteindre la ménopause, guérira ou rétrocèdera et finira par ne plus être qu'une gêne et non pas un danger pour la malade. Au contraire, lorsqu'un utérus dur, inégal, bosselé, très accessible au palper hypogastrique aura pris un développement anormal en quelques mois et, à plus forte raison, en quelques semaines, il est extrêmement probable qu'il s'agira d'une tumeur maligne.

b. *Par le caractère des douleurs* : Ces douleurs, qui n'auront pas dans le myome la même cause que dans le cancer, où elles sont surtout dues à des phénomènes de névrite par propagation aux éléments nerveux voisins, seront intermittentes dans le fibrome, car elles seront non seulement dues à des accidents de compression qui étant, eux, moins intermittents, laisseront quelque repos à la malade, mais encore aux contractions de l'utérus, cherchant à se débarrasser du corps étranger qu'il contient. Quelquefois même, les douleurs du myome n'apparaîtront qu'au moment des hémorragies, au moment de l'expulsion des caillots sanguins que renferme l'utérus. Le cancer produira au

contraire des douleurs d'apparition tardive (période de généralisation), continues, d'une intensité extrême et qui s'ajouteront aux phénomènes de dénutrition pour produire la cachexie.

c. Par le caractère des écoulements. — Pichot note l'apparition moins brusque des hémorragies dans le cancer que dans le myome. Nous ne croyons pas qu'il faille attacher une grande valeur à ce signe. Nous observons journellement un fibrome dont la brusquerie des hémorragies ne le cèderait en rien à celle du cancer, si nous admettions l'opinion de Pichot. La malade, dont la tumeur est plutôt à la période de régression et qui n'a plus que de légers mais fréquents suintements sanguins en temps ordinaire, fait parfois de très fortes ménorrhagies qui la prennent sans raison apparente, au moment où elle s'y attend le moins et exigent alors un prompt traitement hémostatique. Et pourtant, nous sommes persuadés de la nature fibromateuse de la tumeur.

Quant à la leucorrhée, si elle peut quelquefois devenir fétide dans le fibromyome, nous répéterons d'elle ce qu'en a dit Courty. « L'odeur de l'écoulement qui accompagne le ramollissement du fibroïde dans la cavité utérine, l'écoulement lui-même, ont des caractères différents de celui du cancer. La première est acide, elle est le résultat d'une fermentation, d'un échauffement, celle du cancer est non seulement fétide mais fade, putride, cadavéreuse, c'est une odeur de corruption ». Mais alors bien difficile deviendra le diagnostic si nous nous trouvons en présence d'un fibrome en voie de sphacèle et si nous n'avons pas préalablement assisté à son évolution. Cependant, dans le cas de myome gangrené, l'écoulement aura des caractères qui permettront de le différencier de la leucorrhée cancéreuse ; il sera putrilagineux, contenant des débris de muqueuse qui, à l'examen, indiqueront nettement la nature gangréneuse de la tumeur. Nous retrouverons, d'ailleurs, les symptômes généraux du sphacèle avec la fièvre et la cachexie rapide par résorption de toxines.

d. Par les caractères anatomiques de la tumeur. — Nous aurons dans le myome une hypertrophie beaucoup moins régulière de l'utérus qui présentera des bosselures au palper et qui, au toucher intra-utérin, se présentera sous la forme d'une tumeur arrondie, lisse, dure, plus résistante que le cancer et quelquefois énucléable. Le toucher sera moins douloureux que dans la carcinose ; enfin l'hystérométrie différera. Nous avons déjà signalé comme un des symptômes fréquents de la néoplasie maligne la contradiction qui existe entre le volume considérable de l'utérus et la profondeur de la cavité normale à l'hystérométrie. Dans le myome, la cavité utérine sera toujours agrandie.

Pourtant, si le diagnostic est assez facile dans le cas de cancer de la muqueuse, il n'en sera pas de même dans le cas de cancer parenchymateux. Avec le fibrosarcome, nous aurons une tumeur bosselée, irrégulière, entraînant comme le fibrome une augmentation de la cavité à l'hystéromètre, mais nous nous baserons surtout alors sur la marche de l'affection et la succession rapide des symptômes, qui évolueront lentement, au contraire, dans le fibromyome, et cette question nous amène naturellement à la différenciation des deux tumeurs par leur période finale.

e. Le cancer diffère du fibromyome *par la période finale.* La période de cachexie, proprement dite, n'existera pas dans le fibrome. Cette tumeur entraînera de l'anémie par des hémorragies, mais non de la véritable dénutrition avec le faciès jaune paille et l'amaigrissement, qui caractérisent le cancer. Il n'y aura pas envahissement des ganglions dans le fibrome.

Il nous reste maintenant à signaler un caractère différentiel, dont nous avons déjà parlé, et qui, dans le curettage, curatif ou palliatif, nous sera d'un grand secours. Nous voulons parler du cri utérin qui se retrouvera dans le fibromyome et fera défaut dans le cancer.

Nous ne parlerons que, comme complément, de l'examen

microscopique qui, dans le cas de doute, trancherait naturellement la question en faveur de l'une ou de l'autre tumeur.

Enfin, nous rappellerons, sans y insister, que parfois le fibrome peut dégénérer en carcinose ou coexister avec un cancer de l'utérus.

c) *Polype.* — Le polype sera surtout à distinguer de la forme épithéliomateuse en chou fleur. Comme le cancer, il donnera lieu à des métrorrhagies plus ou moins fréquentes et abondantes, à un écoulement séreux, séro-sanguinolent, quelquefois séro-purulent et fétide. Il peut s'enflammer, suppurer, se gangréner, toutes conditions qui permettront encore mieux la confusion avec le cancer.

Mais les deux tumeurs différeront :

a. Par la marche : le polype évolue moins rapidement que le carcinome et ne se généralise pas aux organes du petit bassin ;

b. Par le caractère des douleurs : moins persistantes et intermittentes, sinon moins intenses, dans le polype, que dans le cancer ;

c. Par la fétidité moindre de l'écoulement dans le polype ;

d. Par le volume et la consistance de la tumeur : l'utérus est, en général, plus volumineux dans le cas du cancer ; car l'utérus ne dépasse pas ordinairement le volume d'un œuf de poule dans le polype, tandis qu'il fait saillie au-dessus du pubis, dans le cancer.

Au toucher intra-utérin, le polype est pédiculisé, ferme et résistant au doigt ; le cancer est plus mou et plus friable.

Enfin, *e*) par l'absence de cachexie dans le polype, qui comme le myome ne fait qu'anémier par ses hémorragies.

Quelquefois le polype pourra se détacher, être spontanément expulsé par l'utérus, et le diagnostic s'imposera alors.

En cas de doute, l'examen microscopique restera toujours pour confirmer le diagnostic.

d). *Tuberculisation de l'utérus.* — Beaucoup plus rare que les affections précédentes.

On la rencontrera, d'après Pichot, en général consécutivement à la phtisie pulmonaire ; elle se verra de préférence à la période d'activité sexuelle de la femme. Elle ne s'accompagnera pas de métrorrhagie, mais simplement d'un écoulement jaunâtre, épais, visqueux, quelquefois fétide mais moins abondant que la leucorrhée cancéreuse. Enfin l'état général différera de la cachexie néoplasique et nous retrouverons les symptômes de l'invasion tuberculeuse.

Nous allons maintenant étudier les cas où le cancer (en général du sarcome) se complique d'hématomètre et éliminer en quelques mots les tumeurs qui peuvent entrainer la confusion.

Dans le cas de *Cancer avec hématomètre*, il faudra différencier la tumeur de :

a. La grossesse. — Le diagnostic sera facilité par les commémoratifs et par l'examen ; il ne deviendra délicat que dans les cas où il y aurait hydramnios et enfant mort. Nous n'insisterons pas plus longuement sur cette partie.

b. Kyste de l'ovaire. — L'erreur a été faite plusieurs fois et par des chirurgiens de grande valeur.

La forme du ventre, la palpation et la percussion, seront les mêmes dans les deux cas ; en outre, il y aura suppression des hémorragies et de la leucorrhée. Il faudra donc s'assurer du diagnostic par le palper et le toucher combinés, qui permettront de saisir l'utérus entre les mains et de voir dans les cas de kyste que la tumeur est indépendante de la matrice. — On complètera enfin le diagnostic par le toucher intra-utérin et l'hystérométrie.

c. fibromyome kystique. — Dans ce cas encore nous pourrons pénétrer dans la cavité utérine et nous persuader que la tumeur et la fluctuation siègent dans la paroi de l'organe.

d. Ascite. — La forme du ventre n'est plus la même que dans le cancer, les flancs sont élargis, la matité occupe les parties déclives et se déplace avec le décubitus de la malade ; enfin l'utérus est libre et l'on peut pénétrer dans sa cavité, à travers le col.

Nous parlerons, avant de terminer, d'un signe que certains auteurs ont donné comme très utile dans le diagnostic précoce du cancer intra utérin et des cancers internes en général : nous voulons parler de l'hypoazoturie. En 1880, Rommelaere soutenait que « dans les tumeurs de mauvaise nature, quel que soit leur siège, quelle que soit la nature morphologique, le chiffre de l'urée urinaire descend graduellement et finit par rester inférieur à 12 grammes par 24 heures. La tumeur avec azoturie normale est de nature bénigne et relève par sa guérison de la médecine opératoire..... La tumeur hypoazoturique est de nature maligne ; l'intervention n'est pas légitimée dans ce cas parce qu'il n'y a pas de chances de réussite. » — Déjà en 1888, M. le professeur Forgue, essayait de démontrer l'inexactitude de cette théorie et écrivait que l'urée est un réactif biologique et non histologique. Notre maître, M. le professeur Tédenat, a aussi depuis longtemps essayé de prouver la non-valeur de l'hypoazoturie dans la détermination des tumeurs malignes au début et l'impossibilité de poser un diagnostic précoce en se basant sur ce seul signe. Faisant reprendre, en 1897, l'étude de ce symptôme par M. le Dr Reynès, dans un article basé sur 450 analyses d'urine, il a bien établi qu'à côté de l'hypoazoturie, signe d'une dénutrition générale dont la cause provocatrice peut être un cancer avancé ou toute autre affection chronique, il y a une hypoazoturie primitive, en quelque sorte constitutionnelle et congénitale. Reynès insiste donc avec juste raison : « 1° sur l'inconstance de l'hypoazoturie dans les cancers, non seulement au début mais même à une période avancée tant que l'état général est bon et que la nutrition n'est pas atteinte ; 2° sur la fréquence de l'hypoazoturie chez les malades non cancéreux; 3° sur l'existence de l'hypoazoturie chez des sujets atteints de maladies incapables par elles-mêmes d'amener une déchéance organique quelconque ou chez des gens à santé normale ; 4° enfin sur l'hypoazoturie congénitale et qui n'est que l'expression d'une cons-

titution physiologiquement pauvre, d'un métabolisme normalement insuffisant[1]. L'hypoazoturie n'aura donc de valeur qu'au point de vue du diagnostic opératoire et ne saurait nous donner quelque certitude dans le diagnostic précoce du cancer qui nous occupe.

Tel est le diagnostic différentiel du cancer du corps ; voyons maintenant suivant le plan que nous nous sommes proposé la seconde partie de la diagnose et essayons de montrer sur quels signes nous devrons nous baser pour établir le diagnostic précoce de l'affection qui nous occupe.

B). Diagnostic précoce.— S'il est un appareil dans l'économie de la femme dont les maladies doivent être hâtivement diagnostiquées, c'est bien certainement l'appareil génital, et, s'il est une maladie d'ordre génital que nous devions nous efforcer de reconnaître précocement, c'est bien celle qui nous intéresse, le cancer primitif du corps de l'utérus. Les chances de guérison, même relative, seront d'autant plus grandes que l'intervention sera plus précoce, et l'opération sera d'autant plus radicale que nous la pratiquerons de meilleure heure. Si nous devons nous reprocher les cas où nous aurons laissé évoluer un fibromyome sans saisir l'indication opératoire qui aurait définitivement débarrassé la malade d'une affection pénible et non sans danger, à plus forte raison nous avouerons-nous coupables quand, par défaut d'examen, inadvertance ou sentiments de délicatesse exagérés à l'égard de notre malade, nous aurons laissé évoluer un cancer qui, une fois dévoilé par les grands symptômes que nous connaissons, sera déjà trop profondément ancré dans l'organe et l'économie pour être opéré avec efficacité. Nous ne serions pas loin d'admettre l'opinion de Bruyère, qui prétend que devant une femme souffrant de l'utérus et présentant hémor-

[1] De l'hypoazoturie : sa véritable signification clinique. Semaine médicale, 1897.

ragie ou leucorrhée il faut d'abord songer au cancer pour l'éliminer et ne se préoccuper des autres tumeurs ou affections que quand nous serons persuadés de la non-existence de la carcinose. C'est par son utérus que la femme est femme « *Mulier propter solum uterum ; id est quod est* ». Mais, si la matrice est l'organe noble par la gestation, raison d'être de la femme, elle est, comme tout organe surmené, très souvent atteinte par des affections diverses et mérite toute notre attention. Si l'utérus est glorieux par ses fonctions, il est aussi misérable par le grand nombre de maladies qui l'assaillent ; c'est à nous de savoir le défendre.

Sur quels signes nous baserons-nous donc pour porter le diagnostic précoce de cancer du corps de l'utérus ?

Les signes rationnels, d'après Bouilly[1], ne pourront nous donner que des présomptions, l'examen local seul pourra asseoir fermement notre opinion ; ne négligeons donc jamais cet examen local et faisons-le aussi complet que possible.

Chaque auteur a essayé d'élever un des trois signes cardinaux; métrorrhagie, leucorrhée, douleur, au rang de symptôme primordial pour le diagnostic précoce. Il est bien démontré aujourd'hui que la douleur — et nous en avons donné les raisons — apparaissait tardivement dans le cancer du corps et ne pouvait servir de présomptions au point de vue du diagnostic.

En est-il de même des métrorrhagies?

L'importance symptomatique des métrorrhagies n'est pas la même chez une femme encore jeune et régulièrement menstruée que chez une femme ayant dépassé la ménopause et qui n'est plus réglée.

Chez la femme jeune, l'écoulement sanguin, dit Bouilly, est un phénomène si ordinaire et si près de l'état physiologique qu'à moins d'une abondance considérable dans l'écoulement,

[1] Bouilly ; Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Semaine médicale, 1886.

d'une véritable perte sanguine survenant au moment des règles ou dans leur intervalle, la femme n'y porte qu'une médiocre attention dans bon nombre de cas. Malheureusement, trop souvent encore, le médecin, s'il est appelé, partage la sécurité de sa cliente et néglige l'examen local détaillé.

Après la ménopause, au contraire, la réapparition des hémorragies utérines attire plus vivement l'attention du côté de l'appareil génital, cause une certaine préoccupation et entraîne naturellement un examen médical à résultats généralement positifs. « Quand on voit, chez une femme qui n'a plus ses règles depuis cinq ou six années, survenir des hémorragies irrégulières, dit Pajot, il faut avant tout penser qu'il y a du cancer là-dessous ».

D'ailleurs, la ménorrhagie n'a plus la même signification chez la femme jeune que chez la femme âgée. Chez la jeune, l'hémorragie est précoce. « C'est l'hémoptysie du début » (Bouilly), qui se produit quelquefois comme unique symptôme et signe précurseur de la néoplasie. Elle apparaît à la période menstruelle, les règles sont exagérées en abondance et en durée ; ou dans l'intervalle des menstrues, au sujet d'un effort, d'une fatigue, d'une émotion, d'un coït ; enfin elle peut ne se révéler que par un suintement sanguin presque continuel, rosé plutôt que rouge et tachant le linge en rose pâle. Chez la femme âgée, la ménorrhagie se produit à une période avancée de la lésion cancéreuse, d'une façon irrégulière et intermittente, à des intervalles quelquefois très éloignés. D'ailleurs, chez les femmes ayant dépassé la ménopause, le cancer de l'utérus peut, comme nous l'avons déjà signalé, évoluer lentement et en silence, et ne se révéler qu'à l'examen local, si l'on n'y songe pas avant.

La leucorrhée est un symptôme plus banal que le précédent et qui est de peu de valeur diagnostique dans la carcinose utérine. Le nombre de femmes en puissance de pertes blanches est aujourd'hui considérable ! Mais il est un signe dont M^lle^ Coutzarida a voulu faire la clef de toute la symptomatologie, c'est

l'abondance de l'hydrorrhée. Nous avons vu que ce phénomène est plutôt rare et appartient surtout à certains fibromes interstitiels ou sous-muqueux qui par leur masse ferment le col et, par suite, permettent l'accumulation intra-utérine des sécrétions muqueuses.

La fétidité de l'écoulement n'a rien aussi de précocement pathognomonique ; elle n'apparaît que déjà trop tard en général et peut même faire complètement défaut durant toute l'évolution de la tumeur. D'ailleurs, nous savons que cette fétidité se rencontre dans des affections qui ne sont pas de nature cancéreuse et cède quelquefois à de simples soins de propreté.

C'est donc l'examen local qui nous fournira les éléments certains du diagnostic précoce dans le cancer du corps de l'utérus, et c'est à lui surtout que nous devrons avoir recours.

Par le palper et le toucher combinés, nous nous assurerons de la forme et du volume de l'utérus ; par le toucher vaginal nous chercherons le signe déjà noté par Bigeard : le ramollissement du col utérin, qui est lui-même le plus souvent entr'ouvert. Mais nous ferons surtout le diagnostic précoce par le toucher intra-utérin, soit que nous puissions pénétrer directement dans la cavité, soit que nous soyions obligés de recourir à une dilatation préalable. Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit antérieurement des sensations fournies au doigt par le cancer intra-utérin, pas plus que nous ne reparlerons de l'examen microscopique des fragments de la muqueuse obtenus par le curettage et des signes de présomption fournis par la curette.

Nous tenions à insister surtout sur la nécessité de pratiquer précocement l'examen de l'utérus chez toute femme qui, sans raison connue, fait une métrorrhagie, de la leucorrhée ou des douleurs, à quel âge que soit la malade ; car celui qui, d'après Lauwers, « pour se prononcer sur la nature cancéreuse d'une affection du corps, attendrait l'arrivée des symptômes qu'on attribue

communément à ce genre d'affections — utérus volumineux, pertes fétides, coliques paroxystiques, teint jaunâtre, etc. — s'exposerait à ne trouver que des cancers inopérables et encourrait la plus grave responsabilité.»

C). Diagnostic opératoire. — Nous ne dirons que quelques mots du diagnostic opératoire et ne donnerons pas ici toutes les indications ou contre-indications relatives à chaque variété d'hystérectomie ; nous nous contenterons de signaler les conditions qui nous pousseront à l'intervention dans certains cas.

Nous interviendrons radicalement, avec quelques chances de survie d'assez longue durée, quand par les moyens d'investigations locales nous nous serons assurés :

1° *De la limitation des lésions, de leur non-généralisation et* pour ce, nous consulterons l'état des ligaments larges et des ganglions.

2° *De la mobilité de l'utérus et de l'absence d'adhérences aux organes voisins.*

Dans tous les cas où ces conditions ne seront pas réalisées, nous ne pratiquerons que des interventions palliatives et nous nous abstiendrons des opérations dites curatives.

Comme nous l'avons déjà démontré, nous saurons aussi nous abstenir de toute intervention, sauf urgence, dans les cas d'hypoazoturie dont nous avons parlé précédemment. En effet, « dès 1888, M. le professeur Tédenat insistait sur le danger des opérations pour tumeurs abdominales chez les hypoazoturiques et signalait la possibilité d'accidents urémiques imminents... Aussi est-ce une règle absolue, dans la clinique de notre maître, d'analyser l'urine de tous les futurs grands opérés, surtout quand il s'agit de larges interventions gynécologiques ; hors l'urgence, si l'analyse démontre un abaissement du taux de l'urée, le traitement antihypoazoturique sera institué (en particu-

lier les lavements d'eau tiède) et l'opération ne sera pratiquée que quand l'état général se sera suffisamment relevé » (Reynès). — L'analyse de l'urée, si elle n'a aucune valeur dans l'établissement du diagnostic, nous sera donc pourtant utile par l'éveil qu'elle nous donnera au point de vue opératoire. Un chirurgien averti en vaut quelquefois deux, surtout lorsqu'entrent en jeu des risques d'urémie qui tiennent tout simplement à la « renal inadequacy » de la malade.

Traitement.

Nous n'avons pas l'intention de faire au complet le chapitre du traitement du cancer intra-utérin. Nous nous contenterons, à propos de chaque méthode opératoire, de donner les indications et contre-indications sans entrer dans le détail des procédés d'hystérectomie, de plus en plus nombreux à notre époque, chaque opérateur tenant à donner son nom à quelque modification apportée par lui au manuel opératoire.

« La chirurgie seule, disait déjà Pichot, en 1876, peut avoir l'espérance de juguler la marche envahissante du cancer en enlevant avec la production morbide largement les tissus voisins pour éviter les deux redoutables caractères du cancer : la reproductivité et la destructivité. Elle sera, selon le cas et le mode opératoire mis en pratique, curative ou palliative». Bien que nous ne possédions pas grande confiance en la curabilité du cancer utérin, même quand il envahit le corps, où il progresse moins rapidement qu'au col, nous préconiserons pourtant l'essai de la cure radicale toutes les fois qu'elle semblera praticable avec possibilité de réussite, et nous dirons avec Fristch de Breslau que « l'opération n'est légitime que si elle a des chances de procurer un résultat durable. Il ne s'agit pas, en effet, d'une question de dextérité opératoire, mais d'une question d'humanité. Le principe doit être : n'opérer que si la récidive est invraisemblable ».

Nous avons énoncé au diagnostic opératoire les conditions exigées pour tenter l'opération ; nous n'y reviendrons pas. Ajoutons seulement que pour avoir des chances de réussite, il

faut intervenir de bonne heure, « le cancer utérin dans ses premières périodes n'est qu'une affection locale et par une intervention opportune on peut arriver à sa guérison complète et parfaite » (Dmitri de Ott) et intervenir largement; « je me suis parfois repenti de ne pas en avoir enlevé assez, jamais d'en avoir enlevé trop, » disait Kaltenbach. Il ne faut pourtant pas que cette formule soit poussée à l'extrême, car on en arriverait alors à cette acrobatie opératoire à laquelle se livrent actuellement certains chirurgiens qui, pour pratiquer l'évidement du bassin hémostatiquement, n'hésitent pas à préconiser la ligature temporaire des iliaques primitives ou la compression de l'aorte. Une fois lancés sur cette pente, insensiblement fatale, nous en arriverions plutôt à des exercices de médecine opératoire qu'à des interventions vraiment chirurgicales, et ce concours de meilleur évidement pelvien serait déplorable non seulement pour les malades mais pour le bon renom de la chirurgie.

Nous allons étudier les deux cas qui peuvent se présenter, c'est-à-dire le cas où le cancer est encore opérable et le cas où il ne l'est plus.

I. — Le cancer est encore opérable

La limitation de la tumeur, la mobilité de l'utérus, nous permettront de tenter une opération peut-être curative et qui, en tout cas, sera plus profondément palliative qu'un simple curettage et permettra même, en cas de récidive, une survie plus longue, comment interviendrons-nous ?

Pour intervenir sur l'utérus, on a employé plusieurs voies qui ont eu chacune leur moment de vogue et qui ont été plusieurs fois délaissées et plusieurs fois reprises.

Comme opérations curatives, nous étudierons surtout l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale et parlerons accessoirement des combinaisons de ces deux genres d'hystérectomie, ainsi que de l'intervention par la voie sacrée.

1° Hystérectomie sacrée. — Proposée par Hochenegg[1], par Herzfeld[2], pratiquée par Wiedow[3], Roux[4], Hegar, Kochler[5], Müller[6], elle a été inaugurée en France par Terrier[7] et Michaux[8].

Nous relatons à la fin de notre travail deux observations de Terrier dans lesquelles cette hystérectomie a été mise en pratique par le chirurgien (Obs. XI et XII : épithéliomas). Dans le premier cas, il y eut un vaste sphacèle du lambeau sacré, dans le deuxième cas l'uretère fut pris dans la ligature des annexes, et la malade mourait au cinquième jour. La voie sacrée est abandonnée aujourd'hui. Elle n'a eu sa raison d'être qu'à une époque où les craintes de septicémie semblaient interdire l'accès de l'utérus par la laparotomie abdominale, et pourtant les dangers n'étaient-ils pas aussi grands par cette voie sacrée et le manuel opératoire aussi pénible ? Ne fallait-il pas ouvrir le péritoine comme dans la voie abdominale ? Aussi, malgré qu'il l'ait pratiquée plusieurs fois, Terrier écrit-il, en 1891 : « J'estime que l'hystérectomie sacrée est une opération d'exception, et l'ablation par le vagin reste la voie de choix. Mais dans le cas où le vagin est rétracté et inextensible, quand il n'y a plus de col susceptible de fournir un point d'appui aux tractions, que le corps est très volumineux, qu'il y a des adhérences latérales et une dégénérescence cancéreuse des ligaments larges, alors et alors seulement, c'est à la voie sacrée qu'il faut recourir ». Mais ne trouvons-nous pas là les indications de l'hystérectomie abdominale ?

[1] Hochenegg ; Wiener klin. Woch., 1889.

[2] Herzfeld ; Wiener Allgm. med. Zeitung, 1888.

[3] Wiedow ; Berlin. klin. Woch., 1889, n° 10.

[4] Roux ; Corresp. für Schweiz. Aerzte, 1889.

[5] Kochler ; Central. für. gynœkologie, 1890.

[6] Müller ; Corresp. Bl. für Schweizer Aerzte, 1891.

[7] Terrier et Hartmann ; Annales de gynécologie, 1891.

[8] Michaux ; Voir Thede Veslin. Ablation de l'utérus par la voie sacrée, par Veslin, Thèse de Paris, 1894.

Nous ne parlerons pas de tous les procédés et sous-procédés mis en pratique pour opérer par la voie sacrée, méthodes avec ou sans résection osseuse ; qu'il nous suffise de dire que les chirurgiens ont eu souvent à lutter avec des hémorragies quelquefois très graves, qu'ils ont eu quelquefois de très grandes difficultés à reconnaître et à ouvrir le péritoine, qu'ils ont lésé plusieurs fois la vessie ou l'uretère, et qu'enfin ils ont eu parfois de la peine à extraire l'utérus même entièrement libéré.

Pour une étude plus approfondie de cette intervention, nous renvoyons à la thèse de Veslin ; cette question n'ayant plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

2° Hystérectomie vaginale. — Elle a été très souvent pratiquée et a donné d'excellents résultats depuis Récamier, qui l'employa pour la première fois en 1829. Nous n'avons pas à donner ici tous les procédés d'hystérectomie vaginale, que l'on retrouvera longuement décrits dans la thèse de Bigeard, ni à indiquer les divers temps de l'opération. Nous éviterons aussi d'entrer dans le détail des statistiques qui, très nombreuses, concordent rarement entre elles.

Quelles sont les *contre-indications* de la vaginale? Malgré la supériorité de cette voie qui fait ressembler la malade, comme le dit Schrœder, « plutôt à une accouchée qu'à une opérée », nous la délaisserons pour la laparotomie abdominale :

a) Quand l'utérus ne sera pas abaissable par suite de son immobilisation par les adhérences.

b) Quand le col sera ramolli et n'offrira pas de prise aux pinces placées.

c) Quand l'utérus sera très volumineux et qu'il y aurait, par suite, nécessité de le morceler pour le faire passer par la filière génitale, morcellement qui ne serait pas sans danger d'infection et d'inoculation pour le péritoine.

d) Quand il y aura atrésie du vagin, étroitesse qui apporterait

une certaine gêne dans les manœuvres et serait un obstacle au passage de l'utérus.

c) Enfin, quand nous nous douterons de l'existence de lésions surajoutées, soit que nous constations la présence de collections liquides intra-utérines : hydromètre, hématomètre et pyomètre, soit que nous nous trouvions en face de lésions annexielles, kyste de l'ovaire ou salpingite.

Certes, cette voie ne sera pas sans *dangers*, même dans les cas faciles ; nous aurons à craindre les hémorragies au cours de l'intervention ou post-opératoires ; nous aurons à éviter les lésions viscérales : blessures de l'intestin (Segond), blessures de la vessie (4 cas de Segond), blessures de l'uretère ; enfin nous observerons exceptionnellement des eschares fessières et sacrées.

Quels seront les *résultats*? La mortalité est tombée de 25 % au début à une moyenne de 8 à 12 %. Cette mortalité sera due, rarement à notre époque, à la septicémie, quelquefois à l'occlusion ou à la perforation intestinales, parfois aux hémorragies, dans quelques cas au shock, enfin à des causes diverses : urémie, embolie, diabète, broncho-pneumonie, etc... La *récidive* (ou plutôt la continuation) du cancer s'observera :

a) Quand l'extirpation n'aura pas été complète et que la zone de transformation du tissu sain en cancer n'aura pas été réséquée.

b) Quand les éléments néoplasiques, mis pendant l'opération au contact des tissus sains et des vaisseaux, s'y seront infiltrés et formeront des métastases.

c) Quand la malade sera d'un âge encore peu avancé (forme galopante du cancer de l'utérus chez les jeunes). Mais la récidive, dans ce cas particulier, se produira aussi bien avec l'hystérectomie abdominale totale.

Bien que la survie opératoire soit plus considérable dans le cancer du corps que dans le carcinome du col, la durée moyenne

est de 6 à 8 mois, 1 an, mais elle peut pourtant assez facilement durer 2 et même 3 ans (Obs. de M. Tédenat : inédites IV).

Les résultats de M. le Dr Goullioud sont beaucoup plus encourageants, et, bien que nous les estimions un peu exceptionnels et dus à la précocité de l'intervention, comme nous ne sommes pas l'apôtre d'une seule idée et pensons que toute observation consciencieuse mérite respect, nous sommes heureux de les rapporter ici. En joignant les 8 observations inédites de M. le Dr Goullioud (dont 6 indubitables), aux 2 de Bisch, rapportées à la fin de notre travail, nous obtenons 6 guérisons sur 10 cas d'hystérectomie vaginale, hâtivement pratiquée pour cancer du corps.

Nous avons deux guérisons de 3 ans, une de 3 ans 1/2, une de 4 ans, une de 7 ans 1/2, enfin une de 8 ans 3 mois ; et pour ces deux dernières l'examen microscopique a été pratiqué par des histologistes dont on ne saurait mettre en doute les assertions, MM. Dor et Bard.

Ces faits prouvent une fois de plus qu'il ne faut pas trop se fier aux statistiques de moyenne qui diminuent la fréquence des guérisons durables par celle des guérisons provisoires, suivies de récidives à brève échéance, très souvent d'ailleurs indépendamment de l'habileté de l'opérateur.

Il résulte de cette esquisse rapide de l'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps que, malgré les résultats quelquefois médiocres quand on touche aux néoplasmes malins, nous serons autorisés à pratiquer cette opération, qui est relativement bénigne en elle-même, car, au cas où elle ne serait pas absolument curative, elle serait toujours plus palliative qu'un curettage, sans présenter de trop grands dangers pour la patiente.

3° Hystérectomie abdominale. — Puisqu'il faut, comme nous l'avons dit, enlever les tissus au delà des limites du mal, nous rejetterons la supra-vaginale qui laissera dans le petit bassin un

col utérin bien fait pour produire la repullulation de la carcinose. Nous nous occuperons donc surtout de l'abdominale totale.

Préconisée et pratiquée pour la première fois par Freund en 1878, abandonnée à cause de ses résultats décourageants, puis reprise à la période aseptique, elle a été ces derniers temps l'objet de recherches et d'études nouvelles (*Société de chirurgie*, juillet 1899).

Nous ne donnerons pas ici non plus les divers procédés et sous-procédés très nombreux, nous ne nous préoccuperons pas du manuel opératoire que Pasquier et Bigeard ont donné avec de multiples détails.

Ses *indications* découlent naturellement des contre indications de la vaginale auxquelles nous renvoyons.

Comme dans la vaginale, nous aurons, avec l'abdominale, à craindre les hémorragies au cours de l'opération, les hémorragies post-opératoires, les lésions viscérales ; blessures de l'uretère, de la vessie et de l'intestin, bien que nous opérions en apparence beaucoup plus au jour que par les voies naturelles.

Quels seront les *résultats*? Ils étaient déplorables au début. Freund avait une statistique de 73 % de mortalité. Avec l'asepsie cette intervention a bien gagné en succès, mais, malgré l'habileté de la plupart des chirurgiens qui la pratiquent, elle donne encore une mortalité d'au moins 20 %. Elle est donc encore 2 à 3 fois plus meurtrière que la vaginale. Les malades meurent surtout de péritonite, de septicémie et de shock.

Quant aux *récidives*, un des plus ardents défenseurs de l'abdominale totale, M. Jacobs, déclare qu'elles sont aussi précoces qu'avec la vaginale. «Nous constatons, dit-il, dans nos observations, des récidives aussi rapides que celles que nous publiions dernièrement après nos opérations vaginales.» Elles apparaissent généralement aussi dans le cours de la première année. Elles se produisent le plus souvent dans la cicatrice vaginale, quelquefois au niveau de l'intestin. D'ailleurs, les douleurs réap-

paraissent bien plus rapidement après l'abdominale qu'après la vaginale.

Nous ne nous attarderons pas maintenant sur les essais qu'on a fait d'évidement ganglionnaire du petit bassin. Assimiler le cancer de l'utérus à celui du sein et chercher à faire un curage de la cavité pelvienne comme l'on fait celui de l'aisselle, n'est-ce pas agir beaucoup trop théoriquement et trop peu pratiquement ? Sans entrer dans les détails de la circulation lymphatique de l'utérus et décrire à nouveau les ganglions du pelvis si bien étudiés par M. Poirier, nous ferons remarquer l'audace et l'exagération qu'il y a à inférer d'une région opérable au grand jour, comme l'aisselle, à une région aussi difficile d'accès pour le regard et la main qu'est le petit bassin.

Nous voyons que nous sommes encore loin de la formule de M. Ricard, au dernier Congrès de chirurgie (octobre 1899). «Le cancer du corps doit être enlevé par la voie abdominale. Pour cette variété anatomique, aucun doute ; les partisans les plus tenaces de la voie basse reculent aujourd'hui devant l'extirpation par la voie vaginale de cette masse friable, sanieuse, septique, dont l'exérèse est pénible, longue, malpropre et s'accompagne souvent d'hémorragies difficiles à maîtriser. Tout cancer du corps, justiciable d'une intervention, doit être attaqué par la voie haute. La recherche des ganglions doit suivre ou précéder l'extraction de l'utérus.»

Nous ne parlerons que pour mémoire des procédés abdomino-vaginal et vagino-abdominal d'hystérectomie. Le procédé du docteur Delagenière, du Mans, qui n'est qu'une modification de l'opération de Bardenheuer, n'offre pas grand avantage sur l'hystérectomie vaginale ou sur l'abdominale et offre le danger d'infecter la séreuse péritonéale quand l'opérateur passe du temps vaginal au temps abdominal.

En résumé, nous ne croyons pas qu'il faille être plus catégorique d'un côté que de l'autre. Ce sera au chirurgien qui entre-

prendra la cure du cancer du corps de juger d'après les indications et contre-indications, d'après quelquefois son expérience personnelle, s'il vaut mieux intervenir par la voie haute ou la voie basse, de même qu'il aura jugé préalablement de l'opportunité de la cure radicale ou du traitement simplement palliatif.

II. — Le cancer n'est plus opérable.

La thérapeutique palliative est surtout une thérapeutique symptomatique.

En présence d'un cancer inopérable, nous avons trois grandes indications à remplir :

1° Faire cesser les hémorragies ,

2° Diminuer l'hydrorrhée et la leucorrhée ;

3° Supprimer les douleurs.

On a préconisé un peu tous les hémostatiques, désinfectants et analgésiques. Nous croyons qu'il faut encore s'en tenir au curettage suivi de cautérisation ignée ou chimique, traitement qui remplit les trois conditions énoncées et qui calme la douleur en même temps qu'il diminue les pertes sanguines et leucorrhéïques.

Nous allons considérer ici le curettage surtout au point de vue hémostatique. Nous le pratiquerons à la curette de Sims, en général. Nous le ferons précéder de la désinfection préalable de l'utérus pendant quelques jours au moyen de fréquentes injections. Nous pourrons choisir, pour pénétrer dans la cavité utérine, soit la dilatation extemporanée, soit au contraire la dilatation longuement préparée par l'application antérieure de tampons mèches, éponges ou laminaires. Ce curettage devra être profond et aller jusqu'au muscle, mais il nous faudra néanmoins manier toujours la curette avec douceur et se méfier des perforations possibles (observation de Dmitri de Ott ; n° V. épithéliomas).

Au début de l'intervention, l'hémorragie sera abondante, mais elle cèdera bientôt, au fur et à mesure que nous agirons plus profondément et s'arrêtera même spontanément. Nous ne nous départirons pas de l'asepsie la plus absolue pendant toute la durée du curettage, la curette ouvrant d'aussi larges voies à l'infection que le bistouri. Nous ferons suivre cette intervention soit d'une cautérisation ignée, soit d'une cautérisation chimique.

La liste des cautérisants chimiques est longue quand on considère la question du cancer et surtout du cancer utérin. On a préconisé le sulfate de fer, qui est styptique, hémostatique et désinfectant ; le sulfate de cuivre (Williams), le perchlorure de fer trop infidèle, le nitrate d'argent qui a l'inconvénient sérieux de donner une impulsion nouvelle à la production morbide, l'acide nitrique fumant, le brome qui est censé avoir une action spéciale de destructivité de la cellule cancéreuse (Routh et Wynn Williams), l'arsenic qui produit quelquefois des intoxications, l'acide acétique qui est un faible agent hémostatique et désinfectant ; mais il nous faut encore revenir aux vieux et fidèles caustiques : le potasse et le caustique de Filhos, l'acide chromique enfin et surtout le chlorure de zinc, qui s'emploie en flèche ou en pâte et qui n'a que le désavantage d'être diffluent.

Indépendamment du curettage, nous devrons lutter par les désinfectants contre les pertes fétides et les douleurs. Contre les pertes fétides, certains auteurs avaient préconisé le térébène qui eut une vogue quelque peu imméritée. Il en est, d'ailleurs, du cancer comme de la tuberculose ; on a essayé un peu de toute classe de médicaments, dans l'espoir d'amener une amélioration, sinon une guérison ; et l'on ne connaît malheureusement encore pas plus le remède de la carcinose que celui de la bacillose. Nous avons vu employer par M. le professeur Tédenat un antiseptique tiré du goudron et qui avait de grandes propriétés désodorantes, la créoline. On pourrait aussi bien utiliser le lysol en injections.

Contre l'élément douleur, nous emploierons les analgésiques : belladone, ciguë, chloral, eau chloroformée et surtout morphine.

En somme, le traitement palliatif du cancer du corps de l'utérus consiste à rendre plus tolérable la vie des malheureuses atteintes de cette affection, à soulager leur misère pendant les derniers jours de leur existence, à leur faire oublier leur mal et apporter souvent plutôt le remède moral, la consolation qu'une thérapeutique sérieusement efficace.

Le curettage pourra remplir toutes ces conditions, il sera une opération de propreté, une intervention hémostatique et analgique, enfin il aura une action morale non des moins importantes et ramènera quelquefois la confiance et l'espérance au cœur des victimes souvent trop jeunes de la néoplasie!

OBSERVATIONS INÉDITES

Première Observation.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud, de Lyon.)

Cancer du corps. — Hystérectomie vaginale. — Néoplasme du corps de l'utérus. Guérison, maintenue en novembre 1899.

Catherine T..., 63 ans, entrée le 14 avril 1892, à la Charité, salle Sainte-Marie, n° 13.

Pas d'enfant. Non mariée.

Antécédents héréditaires : Mère et père morts après 80 ans. La malade est la quatorzième enfant de la famille ; elle est la dernière survivante, mais aucun de ses treize frères ou sœurs ne paraît avoir eu de phtisie ou de cancer.

Antécédents personnels : Ménopause à 50 ans.

Il y a un an, au mois de janvier, elle a eu de petites pertes pendant huit jours.

De nouveau, cette année, au mois de janvier également, petites pertes accompagnées, cette fois, de crises douloureuses.

Depuis trois mois, la malade a eu des douleurs survenant d'une façon très périodique, chaque fois environ après dix heures de calme. Ainsi elle raconte qu'elle savait déterminer d'avance l'heure à laquelle devaient apparaître ses douleurs et qu'elle appréciait aussi d'avance leur intensité probable, suivant que les douleurs précédentes avaient été plus ou moins fortes.

Elle fut traitée par quelques piqûres de morphine.

Envoyée dans le service par le Dr Br... avec le diagnostic de nervosisme, on pensa d'abord que ces douleurs devaient être des manifestations neurasthéniques, mais on s'aperçut que la malade avait également quelques petites pertes aqueuses tous les matins, quelquefois teintées de sang; on songea à la sténose du col ou à un néoplasme du corps, parce qu'au toucher on ne sentait rien d'anormal dans les culs-de-sac et que l'utérus n'était pas volumineux comme dans un fibrome. On dilata l'utérus avec des sondes d'Hegar.

Dilatation facile. Lorsqu'on eut introduit le doigt, on sentit très bien au fond de l'utérus une tumeur qui donnait la même sensation qu'un placenta retenu à la suite d'un avortement de deux mois. Hystérométrie : huit centimètres.

On se décida à faire l'hystérectomie vaginale le 20 avril.

L'opération fut très simple et dura douze minutes. L'utérus avait son volume normal, il n'était pas adhérent. En l'ouvrant, on trouva, comme on l'avait senti, une tumeur étalée en surface sur une largeur d'environ une pièce de un franc, pénétrant un peu dans la musculeuse mais pas très profondément.

22 *avril* : Ablation des pinces. La malade ne souffre plus du tout comme avant et a éprouvé un grand bénéfice de l'opération.

Elle sort au bout de trois semaines, allant bien.

Pièce remarquable : Insertion très limitée et superficielle de la tumeur.

Examen histologique confirmatif de M. Dor, M. le Dr Gouilloud possède une coupe de la tumeur.

Le 22 novembre 1899, Mlle T..., ne peut se rendre à l'appel du Dr Gouilloud. Elle est au lit pour une sciatique aiguë. Elle ne s'est jamais ressentie de son ancienne tumeur utérine.

N. B. — Cette observation est une preuve des résultats encourageants que l'on peut obtenir comme survie, en opérant précocement et dans le cas de limitation des lésions.

Observation II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat).

Carcinome du corps de l'utérus avec fibromes sous-péritonéaux. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison avec survie de dix mois.

Anaïs P...., 33 ans (salle Desault). Mère morte d'un cancer du sein. Réglée à 17 ans, régulièrement jusqu'à l'âge de 23 ans. Mariée à 19 ans, jamais de grossesse. A partir de 23 ans, règles se prolongeant pendant dix ou douze jours, abondantes, parfois avec caillots, sans douleurs.

Il y a un an (juin 1892), métrorrhagie abondante pendant vingt jours. Depuis, les pertes sanguines sont irrégulières, revenant deux, trois fois par mois ; souvent il y a des pertes aqueuses, rougeâtres et fétides. Le docteur Cambacédès a pratiqué un curettage en novembre 1892, sans résultat. La malade se plaint depuis quatre ou cinq mois de douleurs hypogastriques et lombo-sacrées. Elle a maigri, digère mal.

10 mai 1893 : Pertes rosées, rougeâtres, permanentes, avec souvent de petits caillots. Par l'exploration combinée, on sent le col raccourci, béant, à lèvres lisses et minces, à direction normale. Le corps utérin dépasse la symphyse pubienne de trois travers de doigt. Il est régulièrement augmenté de volume, et les doigts sentent deux nodules du volume d'une grosse noix à sa face antérieure. Empâtement douloureux des annexes gauches sans qu'on puisse bien préciser les lésions de ces organes. On sent les annexes droits qui semblent saines. Le doigt, introduit dans le col, sent la muqueuse molle, villeuse.

Après désinfection du vagin (injections, gaze iodoformée) du 11 au 14, une irrigation antiseptique et curettage sont pratiqués. Blocs de tissu grisâtre, dur et fragile qu'un examen microscopique montre formés de boyaux épithéliaux à cellules irrégulières, superposées. En quelques points, nodules d'épithélium stratifié.

18 : Hystérectomie abdominale totale rendue difficile par l'infiltration du ligament large gauche. A coups de ciseaux, l'uretère est libéré du tissu cancéreux qui l'entoure. Ecoulement sanguin arrêté avec le thermo-cautère. L'ouverture vaginale n'est pas suturée, une exsudation étant à craindre. Elle est remplie du haut en bas d'une grosse mèche de gaze iodoformée.

21 : Choc traumatique modéré. La malade vomit pendant deux jours, sa température oscille entre 36°5 et 38°2, pouls 100-125. Aujourd'hui, selle, urine abondante. Lait gardé à la dose de un litre.

23 : La malade est bien. Gaze changée. Un peu d'écoulement noirâtre, sans odeur.

Guérison complète le 3 juin.

Mars 1894 : La malade s'est bien portée jusqu'au 15 février, ne souffrant pas, n'ayant pas de pertes, digérant bien quoique constipée, se plaignant pourtant d'uriner toutes les deux heures nuit et jour. Depuis une dizaine de jours, douleur sourde dans le flanc gauche, urine mêlée de sang ; douleur lombo-sacrée, irradiant dans le petit sciatique. Le 6 mars, je constate une tumeur hydro ou pyonéphrosique gauche ; des végétations non ulcérées remplissent le cul-de-sac vaginal. Ascité notable. La malade succombe le 20 avril, cachectique, après être restée deux jours sans uriner.

L'utérus, enlevé en bloc avec les annexes, présentait les lésions suivantes :

Longueur 10 centim., largeur au niveau des cornes 8 c. 1/2. Deux nodules fibromateux du volume d'une noix soulèvent le péritoine à la partie moyenne de la face antérieure. Ils sont encapsulés et s'énucléent facilement après incision du péritoine et d'une mince couche de tissu musculaire couleur rose pâle. Petit nodule scléreux, dur, à la corne gauche, se perdant en tractus fibreux sur la trompe, qui est noduleuse et bosselée sur sa moitié interne. Le pavillon de la trompe adhère complètement à

l'ovaire, qui est gros et porte plusieurs kystes à contenu séreux ou hématique. Annexes droites normales.

Fendue suivant l'axe médian, la face antérieure de l'utérus laisse voir sur la muqueuse de la face postérieure deux nodules cancéreux grisâtres, fissurés, avec des végétations molles. L'un a le volume d'un petit œuf de poule, l'autre d'une noisette. Ils sont séparés par un intervalle sain de deux centimètres. Des coupes perpendiculaires montrent que de chacun de ces nodules partent des tractus tortueux, bosselés, qui pénètrent en s'amincissant dans la couche musculaire, qui est pâle avec quelques points hémorragiques.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat).

Cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Utérus enlevé en bloc. — Guérison en 20 jours. — Récidive rapide 3 mois après. — Mort.

Marianne G..., épouse T..., 63 ans, journalière, entrée le 5 mai 1893, salle Desault, n° 18.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Antécédents personnels : A toujours joui d'une bonne santé générale. Quelques manifestations légères de rhumatisme articulaire. Réglée entre 16 et 17 ans. Pertes toujours régulières, abondantes, douloureuses le premier jour ; d'une durée de trois jours.

Accouchement unique à l'âge de 20 ans ; normal. Pas de pertes blanches habituelles. Ménopause à 51 ans : assez pénible. Depuis quelques années, tremblement de la tête et des mains en rapport avec sénilité et alcoolisme.

Début : Remonte à trois mois ; d'abord pertes blanches, puis pertes de plus en plus rouges. Depuis quinze jours, pertes colo-

rées, continuelles, avec caillots. Depuis un mois, symptômes douloureux accentués.

Actuellement, la malade souffre au niveau des flancs ; dans la région lombo-sacrée ; dans les cuisses. Elle accuse aussi des douleurs en ceinture.

Pertes de couleur chocolat, gluantes. Douleurs vives. Par le toucher, on constate que le col, très ouvert, permet l'introduction de l'index. Ses lèvres sont amincies, surtout la postérieure. On sent profondément des bourgeonnements exulcérés saignants et d'odeur fétide. Le corps est augmenté de volume, douloureux et dévié en arrière. Les culs-de-sac antéro-latéraux sont libres ; le postérieur est presque effacé, et l'on sent à ce niveau une bride.

Les annexes du côté gauche sont un peu augmentées de volume et douloureuses.

Hystérométrie, 14 centimètres. Urines, 1,050. Densité, 10,14. Réaction acide. Urée, 9,71 par litre.

Diagnostic : *Cancer du corps utérin.*

13 mai : Hystérectomie vaginale totale. Anesthésie à l'éther. Curettage profond de la cavité utérine, qui ramène des fongosités nauséabondes. Lavage et tamponnement complet de la cavité utérine avec une mèche de gaze glycérinée, iodoformée. Incision des culs-de-sac ; ligature des artères utérines. Deux pinces de Richelot sur chaque ligament large. Utérus enlevé en entier ainsi que les annexes gauches, qui présentent de l'hypertrophie interstitielle. Annexes droites saines. On laisse à demeure les 4 pinces de Richelot ; tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

L'opération n'a pas présenté de difficultés sérieuses. Le soir, la malade va bien. Temp. 37°2. Pouls 84. Pas de vomissement, peu de douleur.

14 : Temp. 37°1 et 38°2. Pouls 88 et 92.

Malade très indocile. Remue, tire sur les pinces et fait mine de se lever ; cependant rien n'est dérangé.

Urines, 350. Densité, 10,22. Réaction acide. Ni sucre, ni albumine. Urée, 12,8 par litre.

15 : Temp. 37°4 et 38°1. Pouls 104 et 92. Bon état persistant. On enlève les pinces. Lavage discret. Gaze iodoformée.

Depuis lors, aucun incident à signaler. On renouvelle tous les deux jours le pansement vaginal ; l'état général est excellent. Douleurs disparues. La malade ne s'est aucunement ressentie de son opération.

23 : La malade commence à se lever, elle prend quotidiennement deux injections vaginales et sort complètement guérie le 1er juin, vingt jours après l'intervention.

..... La malade rentre le 15 septembre 1893. Elle présente une récidive. Tout le vagin est atteint. Douleurs excessivement vives ; hémorragies et surtout écoulement roussâtre horriblement fétide.

Toute intervention est jugée impossible.

On fait des lavages vaginaux à la créoline, bi-quotidiens.

La malade se cachectise de plus en plus ; elle meurt le 12 octobre.

Autopsie : Pratiquée le 13 octobre. Montre une généralisation de la néoplasie cancéreuse à tout le petit bassin ; le vagin est tout entier atteint ; à la partie postérieure existe une perte de substance faisant communiquer le rectum et le vagin.

Examen microscopique : L'utérus extirpé en bloc, sans incision, présentait trois nodules fibromateux sous-péritonéaux au niveau de son fond, du volume d'une noix. Par le curettage, on avait enlevé quatre cuillères à soupe de fongosités cancéreuses. Dans l'épaisseur de la paroi utérine existaient près du fond des nodules cancéreux intra-musculaires du volume d'une noisette, au nombre de trois, séparés les uns des autres par des travées de tissu en apparence normal, épais de 8 à 12 millimètres, suivant les points. Ces nodules sont gris à leur périphérie et fermes,

jaunes, pulpeux, avec points hémorragiques à leur partie centrale.

A la partie moyenne de la face postérieure existe une grande alvéole des dimensions d'une amande, à fond irrégulier, remplie de végétations cancéreuses.

Observation IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat).

Epithélioma végétant du fond de l'utérus, caractérisé par des pertes muqueuses abondantes et, à la fin, par des métrorrhagies, chez une femme bipare de 50 ans. — Hystérectomie vaginale. — Guérison avec survie de trois ans. — Albuminurie légère à l'époque de l'opération. — Mort par urémie.

Pauline Ge..., 50 ans, sans antécédents héréditaires. Réglée à 15 ans, mariée à 21 ans. Accouchements normaux à 23 et 26 ans. Après comme avant, la menstruation régulière durait assez abondante pendant quatre ou cinq jours. Ménopause à 46 ans sans malaise. Depuis deux ans, pertes aqueuses abondantes, continuelles, que n'ont en rien modifiées ni injections de toute nature, ni arsenicaux, ni ferrugineux conseillés à plusieurs reprises par divers médecins. Depuis quatre ou cinq mois, les pertes sont souvent rosées et sentent mauvais. Il y a eu aussi plusieurs métrorrhagies avec caillots, mais peu abondantes. La malade a un peu maigri, bien que ayant un appétit satisfaisant et qu'elle ne souffre pas. C'est surtout la fétidité des pertes rosées et leur abondance qui l'amènent à l'hôpital, où elle est placée dans le service du professeur Tédenat, le 3 juin 1895.

La malade est pâle, un peu amaigrie. Rien aux poumons ni au cœur. Appétit satisfaisant. Constipation habituelle. Pendant cinq jours, l'examen quotidien de l'urine a donné une quantité moyenne de 1.500 grammes avec 16 d'urée. Pas de sucre ; traces d'albumine.

L'examen de l'appareil génital donne : vulve béante, plancher périnéal relâché sans traces cicatricielles. Vagin large. Culs-de-sac souples. Le col entr'ouvert, à lèvres lisses et plutôt minces, regarde un peu en avant. Corps sensiblement augmenté de volume, en rétroflexion légère mobile. On palpe sans trop de difficultés les annexes peu ou point lésées.

9 Juin : Après une asepsie soignée de la vulve et du vagin, le dilatateur injecteur de Reverdin est introduit et bute contre des masses molles qui remplissent la moitié supérieure de la cavité du corps. Un peu de sang coule, mais cette menue hémorragie s'arrête sous l'injection antiseptique chaude à faible pression. L'index est facilement introduit et parvient sur des végétations molles à insertion plus dure et fragile. Le diagnostic *cancer du corps* paraît incontestable. Le vagin est tamponné avec de la gaze iodoformée.

11 Juin : Curettage qui confirme le diagnostic. Séance tenante hystérectomie vaginale. Ligature des artères utérines. L'utérus, déjà fortement abaissé, descend jusqu'à la vulve et il devient facile d'attirer les annexes et de pratiquer la ligature de la partie supérieure des ligaments larges y compris le pédicule tubo-ovarien. L'utérus est ainsi enlevé intact avec la gaze iodoformée dont on l'avait bourré au début de l'opération, pour éviter la souillure du champ opératoire.

La malade a perdu très peu de sang et a guéri sans incident autre qu'une constipation tenace. Elle quitte le service le 4 juillet. Sa santé reste bonne jusqu'au mois d'avril 1890. Alors elle commença à éprouver quelques douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire. Elle se plaignit de besoins fréquents d'uriner, d'anorexie, de maux de tête à peu près continus. Le 15 mai, impossibilité d'uriner, qui dure pendant deux jours, au bout desquels elle rendit quelques cuillerées d'urine sanglante. Vomissements, tuméfaction rapide du ventre, hoquet continu

pendant toute la journée du 17 et mort dans le coma le 18 mai.

L'utérus avait en dimensions extérieures : dix centim. de long, huit de large, sept d'épaisseur. Sa surface externe lisse sans bosselures est congestionnée, mais probablement par suite des ligatures appliquées pendant l'opération. Du côté des ovaires, rien à noter qu'une sclérose involutive extrême. Dans les trompes un peu plus de mucus qu'à l'état normal. L'utérus, sectionné en deux par une coupe médiane antéro-postérieure, a sa portion corporéale remplie par des végétations villeuses molles, s'implantant sur un tissu mamelonné dur et fragile, gris jaune avec des points hémorragiques. A sa surface de continuation avec la paroi utérine, des tractus fibreux pénètrent dans la couche musculaire et s'y perdent à une faible profondeur en se raréfiant. La portion basale du néoplasme a une largeur de quatre à cinq cent., la portion superficielle s'étale en un large champignon. Un examen microscopique sommaire a montré qu'on avait affaire à un épithélioma à cellules cubiques irrégulières avec des boyaux pénétrant dans la couche musculaire. En quelques points de la périphérie, quelques culs-de-sac glandulaires conservaient leur paroi, mais avaient leur épithélium multiplié en plusieurs couches de cellules irrégulières et déformées.

Observation V.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud, de Lyon).

Cancer du corps de l'utérus. — Prolapsus, cystocèle, rectocèle. — Hystérectomie vaginale. — Suture d'occlusion du péritoine, élytrotomie et colporrhaphie. — Guérison (M. Perrimond, interne).

Maria H..., 58 ans, entrée le 22 janvier 1896 au N° 14 de la salle Sainte-Anne, hôpital Saint-Joseph.

Réglée à 13 ans 1/2. Menstrues toujours très régulières, sans douleur aucune. Jamais de pertes blanches.

Mariée à 25 ans. Deux enfants bien portantes. Une ou deux fausses couches.

Ménopause à 49 ans.

En décembre 1893, la malade eut une petite métrorrhagie. Elle fit appeler M. Mayet, qui jugea une intervention nécessaire. En effet, un curettage fut pratiqué quelques jours après par MM. Laroyenne et Mayet. On enleva une « végétation sanguineuse » longue de 7 à 8 centimètres sur 2 à 3 centimètres de diamètre.

Trois mois après le curettage, la malade eut à nouveau une petite perte. Depuis, elle eut de temps à autre quelques légères métrorrhagies.

Au mois de septembre dernier (1895), les pertes devinrent plus abondantes et plus fréquentes. La malade consulte M. le Dr Goullioud à cette époque.

En mi-septembre, perte pendant 15 jours. Puis pendant un mois et demi, la malade ne vit plus rien.

Au mois de novembre, la malade, sans avoir des pertes considérables, s'aperçut que l'eau de ses injections était fortement rougie.

Vers le 9 janvier de cette année (1896), métrorrhagie très abondante survenue brusquement pendant la journée, sans douleur. La perte dura quatre jours malgré le repos le plus absolu au lit, mais moins abondante à partir du deuxième jour.

La malade entre à l'hôpital le 22 janvier.

A son entrée, la malade perd constamment, mais peu. Pas de douleur.

L'apparition de ces deux pertes, en septembre et en janvier, de quelques jours de durée chacune, fait porter à M. le Dr Goullioud le diagnostic de cancer probable de la cavité intra-utérine. Au toucher vaginal, l'utérus est en rétroversion. Il y a prolapsus avec cystocèle et rectocèle, et la malade a l'habitude de porter pessaire.

Pour ces divers motifs, M. le Dr Goullioud se décide à faire l'hystérectomie, sans toucher intra-utérin préalable.

Opération le 28 janvier 1896. — Cautérisation du col au thermocautère. Le col pincé, section de la muqueuse tout autour. Décollement facile de la vessie et du rectum. Constitution de 2 pédicules sur les utérines, puis sur les origines des trompes. Sortie de l'utérus en laissant dans le ventre trompes et ovaires, et en faisant basculer l'utérus en arrière.

On fait une ligature (un seul fil avec transfixion) au catgut ou à la soie, sur ces quatre pédicules, qui par suite du prolapsus sont très accessibles et très rapprochés. On place 6 ou 8 pinces hémostatiques sur les deux lèvres du péritoine, puis on fait un surjet au catgut allant d'un pédicule à l'autre et fermant complètement le péritoine. En rapprochant et en nouant les deux bouts du fil, on rapproche au contact les deux pédicules tubaires.

M. le Dr Goullioud voulait faire aussi une suture vaginale ; il y renonce à tort, négligeant ainsi l'hémostase de la plaie vaginale qui suinte passablement. Tampon de gaze iodoformée.

2me *temps :* Elytrorrhaphie antérieure. Ablation d'un large losange de muqueuse vaginale. Hémorragie ; deux ou trois ligatures sur les artères vaginales. Suture au catgut à points séparés.

3me *temps:* Colpopérinéorrhaphie habituelle: fils métalliques et catgut.

Pour parfaire l'hémostase, nécessité de placer 3 éponges qui assurent le tamponnement. On en a enlevé deux le lendemain et une le surlendemain.

Pièce intéressante : Au fond de l'utérus est insérée une petite masse cancéreuse polypiforme du volume d'une grosse noisette typique ; sessile plutôt que pédiculée, mais en saillie et non en surface.

Les suites ont été particulièrement simples.

15 février 1896. — La malade sort guérie.

Mme H..., serait, d'après les renseignements pris par M. le Dr Goullioud, en bonne santé, le 4 décembre 1899. L'examen local serait à pratiquer actuellement.

Observation VI.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud, de Lyon).

Dégénérescence de la cavité utérine.— Hystérectomie vaginale.

Marie Fer... Cl..., 60 ans, entrée le 13 mai 1896 au N° 2 de Sainte-Marie, hôpital Saint-Joseph. (M. Perrimond, interne).

Réglée à 14 ans, très régulièrement depuis. Ménopause à 47 ans.

Un accouchement normal. Pas de fausse couche.

En octobre 1895, la malade eut des pertes rouges pendant huit jours. Elles étaient peu abondantes d'ailleurs.

En décembre, nouvelles pertes qui durèrent encore une huitaine de jours.

En janvier et en février, deux nouvelles métrorrhagies d'une durée de quinze jours chacune, d'abondance moyenne.

Depuis lors, pertes durant chacune une quinzaine et séparées l'une de l'autre par une période de calme d'environ quinze jours. Pas de leucorrhée. Jamais de douleurs.

Toucher vaginal : Rien au col, utérus augmenté de volume, présentant d'ailleurs un petit fibrome très distinct sur la face postérieure. L'utérus est incliné en arrière. On n'attribue aucune importance à ce petit fibrome.

Mais on diagnostique une dégénérescence cancéreuse de l'utérus. La santé générale est très bonne. La malade, malgré son âge, paraît encore très alerte. On ne trouve rien aux poumons, rien au cœur.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Opération le 16 *mai*. Hystérectomie vaginale sans dilatation

préalable ; le cathétérisme indiquait seulement un léger agrandissement de la cavité et quelques irrégularités du fond.

Hystérectomie vaginale par le procédé qu'emploie habituellement M. le Dr Goullioud, 4 pédicules ; bascule en avant, pinces à demeure.

Suites simples, la température oscille entre 37° et 38°.

Ce n'est qu'au bout de trois semaines qu'au toucher, M. le Dr Goullioud reconnaît avoir oublié la mèche vaginale mise lors de l'opération ; il l'enlève d'ailleurs sans difficulté.

Départ quatre ou cinq jours après.

Pièce très intéressante. — Utérus un peu gros portant deux petits fibromes du volume d'une noisette, qui probablement ont été plus gros jadis et ont dû subir l'atrophie de la ménopause. Ils ne jouent aucun rôle appréciable dans l'affection actuelle.

La lésion qui déterminait les pertes sanguines est intéressante. Il n'y a pas comme souvent une masse plus ou moins saillante et pédiculée dans l'utérus ; mais une partie de la cavité utérine est tapissée par une couche blanchâtre, molle, de 2 à 3 millim. d'épaisseur et qui au lavage laisse se détacher de petits grumeaux de riz cuit aplatis.

M. le Dr Goullioud croit qu'il s'agit là d'épithélioma au début.

29 *juin* 1896. La malade, revue, va bien. On constate une petite hernie inguinale gauche, pour laquelle on ordonne le port d'un bandage.

2 *octobre*. La malade se plaint de la tête. Localement, elle va très bien. On constate cependant un petit bourgeon charnu sur la ligne de cicatrice ; mais il disparaît de bonne nature. On le cautérise au chlorure de zinc.

Polyurie. Les urines examinées contiennent un léger disque d'albumine. Régime lacté.

La malade est très énervée.

4 *décembre*. — Examinée par M. le Dr Goullioud, elle va bien et n'a pas de récidive ; le toucher vaginal est normal.

N. B. — Nous regrettons, étant donné l'intérêt de cette observation, que l'examen microscopique n'ait pas été pratiqué ; le doute, nous l'avouons, étant autorisé aux partisans de la non-guérison opératoire du Cancer à longue échéance puisqu'il y avait coexistence de tumeurs bénignes.

Observation VII.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud, de Lyon).

Dégénérescence cancéreuse de la cavité utérine. — Curettage et crayons de chlorure de zinc, 3 attouchements — Hystérectomie vaginale. — Guérison (3 ans).

Louise Th..., 53 ans, entrée le 22 mai 1896, au n° 12 de Sainte-Anne, hôpital Saint Joseph (M. Perrimond, interne).

Réglée à 11 ans 1/2 (Précocité des règles) ; assez régulièrement depuis. Menstrues abondantes durant quatre à cinq jours, sans douleur.

Il y a trois ans environ, aménorrhée qui dura dix mois environ. Depuis lors, la malade a eu des pertes rouges survenant à des intervalles fort irréguliers tous les quinze jours, tous les mois ; quelquefois même tous les deux mois. Ces pertes, qui étaient très abondantes avec caillots, ne duraient que très peu de temps, un quart d'heure, demi-heure au plus.

Depuis un an, les métrorrhagies sont à peu près constantes, c'est à peine si parfois il y avait quelques jours de répit, pendant lesquels la malade avait des pertes à peine rosées.

Jamais de douleur dans le bas-ventre.

Hier, la malade a eu des pertes considérables qui ont duré de 10 heures du matin à 3 heures du soir, et qui ne cédèrent qu'à un tamponnement pratiqué par le Dr Bianchi.

Aujourd'hui, à son entrée à l'hôpital, la malade est pâle, elle perd toujours quelque peu malgré son tamponnement.

Toucher vaginal. — L'utérus n'est pas très gros ; il est actuellement refermé. M. Bianchi croyait à un polype.

C'est à cause de l'air un peu sénile de la malade, et d'une bronchite chronique que l'on croit prudent de ne pas pratiquer l'hystérectomie. A l'auscultation on trouve, en effet, en arrière, de nombreux râles sous-crépitants, dans toute l'étendue du poumon gauche. Rien au cœur. Ni sucre, ni albumine dans les urines, Temp. 38°,5. Pouls petit, dépressible, légèrement irrégulier, à 120.

1^er^ *juin.* — Pouls à 104. La malade a toujours perdu quelque peu depuis qu'elle est à l'hôpital ; mais pas de forte métrorrhagie. Pertes deviennent fétides. Râles moins nombreux dans le poumon gauche.

5. Dilatation. On introduit le n° 20 de la filière d'Hegar.

Curettage qui ramène des matières d'apparence carcinomateuse. Cautérisation pendant cinq minutes avec crayons de chlorure de zinc. Un fragment de crayon resté dans l'utérus, on ne peut parvenir à le faire ressortir par une injection intra-utérine. On avait la sensation d'une dépression dans la paroi utérine à gauche, un peu au-dessus du col et au voisinage de l'implantation de la partie saillante de la tumeur.

15. Petit crayon laissé dans l'utérus.

24. Troisième application de crayon à demeure. Le cathétérisme est de 6 centim. seulement.

2 *septembre.* La malade revient à l'hôpital à cette époque. — Elle était restée jusqu'au 14 août sans métrorrhagie, mais le 14 août elle eut une perte rouge abondante qui dura deux jours ; depuis, pertes légères constamment.

On se décide pour l'hystérectomie.

8. Hystérectomie vaginale ; anesthésie à l'éther.

Méthode habituelle, 4 pinces à demeure.

On trouve, à l'examen de la pièce, une dégénérescence éten-

due à presque toute la cavité utérine et de nature *indubitablement cancéreuse*.

La paroi antérieure de l'utérus s'est rompue pendant la manœuvre de bascule du fond, mais on a pu empêcher les fragments néoplasiques de se répandre dans le champ opératoire.

Suites absolument simples. Ablation des pinces au bout de 48 heures.

Note du Dr Goullioud : Cas très intéressant, montrant la supériorité de l'hystérectomie sur la méthode des crayons de chlorure de zinc. Trois crayons successifs avaient bien peu modifié la lésion et n'avaient donné qu'une amélioration passagère.

29 novembre 1899, 3 ans après l'opération. La malade a été revue sans récidive, allant très bien.

Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud, de Lyon).

Carcinome de la cavité utérine. — Hystérectomie vaginale.

Marguerite Pi... Bl..., 56 ans, entrée au n° 13 de Sainte-Marie le 10 octobre 1896.

Pas d'antécédent héréditaire.

Réglée à 14 ans, toujours très régulièrement. Ménopause depuis 6 ans.

Mariée : 3 grossesses normales ; 2 fausses couches probables de 2 mois environ.

Aucune maladie antérieure.

Après la ménopause, la malade est restée sans aucune perte pendant cinq ans. Au mois de novembre dernier, elle a eu une première métrorrhagie très abondante. Un mois après, la malade eut à deux ou trois reprises de nouvelles métrorrhagies, mais bien moins abondantes que la première fois.

En janvier, la malade entra à l'hôpital de Bourg, où elle subit, dit-elle, une dilatation de la matrice. Ses urines furent exami-

nées à cette époque, et on y trouva une notable quantité d'albumine.

En avril dernier, la malade eut une nouvelle métrorrhagie. Depuis lors, elle a eu un suintement sanguin à peu près constant, avec, par intermittences, des pertes assez fortes. Au mois de mai, on pratiqua un examen sousanesthésié, mais on ne découvrit rien d'anormal.

Il y a huit jours, il est survenu quatre nouvelles métrorrhagies assez abondantes. Depuis lors, la malade n'a plus reperdu.

A son entrée à l'hôpital, la malade ne souffre pas. Elle n'a, du reste, jamais souffert ni dans le ventre, ni dans les reins. A la palpation de l'abdomen, on ne sent rien d'anormal.

La malade a un bon état général ; on ne trouve rien au cœur ni aux poumons. Elle va à la selle et urine très facilement.

Au toucher vaginal, on sent un col fermé, non malade. Petite bride cervico-vaginale sur la paroi postérieure due à quelque ancienne cicatrice.

Utérus un peu gros, ulcéré à droite, relativement mobile. On ne sent rien dans les annexes.

13 octobre. Pas d'albumine dans les urines.

15. *Opération.* «Je fais d'emblée, écrit le docteur Goullioud, une hystérectomie vaginale, sans même faire un cathétérisme utérin. Le col est à peu près fermé. Renonçant à l'idée de désinfecter l'utérus, je pince les lèvres du col avec 3 pinces à 4 dents. Je procède ensuite suivant mon procédé habituel. L'isolement de la vessie, la pédiculisation, n'ont pas présenté de difficultés.

Par contre, il est difficile d'amener le fond de l'utérus, trop gros par la boutonnière péritonéale indurée, j'enlève une des pinces du col, puis une seconde, et de la matière cérébriforme s'écoule (en dehors du champ opératoire), j'ai facilité la sortie avec une curette.

Puis avec peine j'arrive à sortir le fond de l'utérus un peu déchiré, mais rien n'a dû tomber sur la plaie. 5 pinces à demeure.

Pas d'hémorragie.

Examen de la pièce : Gros utérus, dont presque toute la surface muqueuse de la cavité est couverte de végétations cancéreuses, mollasses, cérébriformes, en nappe, sans masse saillante. Diagnostic de cancer indubitable.

Suites simples. La température a oscillé entre 37° et 38°.

Observation IX.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud, de Lyon).

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Guérison persistante en novembre 1899.

Gr..... Fanny, 58 ans; entrée au n° 8 de Sainte-Marie, hôpital Saint-Joseph, au début de décembre 1896.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladie antérieure. Mariée à 37 ans; a eu d'abord une grossesse à terme, mais l'enfant était mort; puis deux fausses couches, l'une de 7, l'autre de 5 mois; la dernière couche remonte à 14 ans.

Réglée à 17 ans; toujours très régulièrement. Quelque temps avant la ménopause, survenue il y a 4 ans, les règles devinrent plus abondantes. La malade est restée pendant 3 ans sans aucune perte rouge, quelques pertes blanches.

Aux mois de mars, d'avril et de mai 1896, elle a eu, à un mois d'intervalle, 3 métrorrhagies successives, assez abondantes. Depuis le mois de mai, persistance d'un écoulement ou plutôt d'un suintement rosé, constitué par un mélange de sang et de leucorrhée. En même temps, apparition de douleurs vagues, occupant toute la région abdominale.

Il y a une quinzaine de jours, la malade entra à la maison chirurgicale, où le Dr Coulet pratiqua une intervention dont la malade ne peut préciser la nature, probablement un curettage. Cette opération n'a amené aucun résultat.

A l'entrée à l'hôpital, au début de décembre, la malade souffre

toujours de douleurs abdominales vagues, en même temps qu'elle présente l'écoulement sanguin, leucorrhéique déjà signalé.

A la palpation du ventre, on ne constata rien d'anormal. La malade urine facilement et sans douleur. Elle va à la selle bien régulièrement.

Bonne santé habituelle. La malade dit avoir maigri beaucoup depuis un an. On ne trouve rien aux poumons, rien au cœur.

Au toucher, culs-de-sac normaux : les lèvres du museau de tanche sont très réduites.

L'utérus paraît mobilisable et les ligaments larges indemnes.

12 décembre : Opération. Hystérectomie vaginale. Anesthésie à l'éther sans incident.

On désinfecte préalablement la cavité utérine par une cautérisation avec une mèche de gaze imbibée de chlorure de zinc, mais cette manœuvre a pour résultat d'amener un écoulement sanguin considérable.

Section de la muqueuse autour du col aux ciseaux ; deux pinces sur la partie inférieure des ligaments larges, puis le décollement de l'utérus est complété en avant et le cul-de-sac péritonéal ouvert; pince sur le bord supérieur du ligament large gauche, l'utérus étant en place.

L'utérus est infléchi en avant à l'aide de pinces, et son bord supérieur est amené à la vulve, ce qui est assez difficile, car les pinces déchirent le tissu utérin dégénéré.

Pince sur la partie supérieure du ligament large droit.

Mèche de gaze iodoformée. Sonde à demeure.

14 décembre. On enlève les pinces à demeure, ainsi que la sonde. La malade va bien.

15. L'urine est un peu trouble. Lavage vésical bien supporté.

16. Même état : lavage vésical.

Les suites furent très simples pourtant, l'urine s'éclaircit et les douleurs pré-opératoires disparurent. Guérison. Sort le 4 janvier 1897.

8 février 1897. La malade se présente à la visite allant bien ayant engraissé et ne souffrant plus. Par le toucher on ne constate rien d'anormal.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un cancer étendu à tout le corps de l'utérus ; la région du col est indemne. Un fragment a été conservé comme témoin.

N. B. — Le 23 novembre 1899, la malade, à la demande de M. le Dr Goullioud, écrit qu'elle va bien et ne se ressent plus de son intervention. Elle ne peut se rendre à l'hôpital Saint-Joseph pour un examen local.

Observation X.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud, de Lyon).

Dégénérescence de la muqueuse du corps. — Hystérectomie vaginale.— Guérison.

Marie Bon..., 45 ans ; entrée au n° 10 de la salle Sainte-Anne, hôpital Saint-Joseph, le 26 août 1897.

Père mort de vieillesse, mère morte d'une frayeur (?)

Deux frères vivants, bien portants.

Toujours réglée normalement.

Mariée, trois enfants en bonne santé. Rien du côté du mari.

Il y a 8 ans, fausse couche d'un mois et demi ; pertes abondantes ; tamponnement.

Depuis, légères douleurs dans le ventre et les reins ; les règles durent huit à dix jours et sont très douloureuses. Ces douleurs étaient perçues du côté gauche de la ligne médiane. Un peu de leucorrhée.

Pas d'hémorragie en dehors des époques menstruelles. Actuellement, les règles continuent à être régulières mais durent dix à douze jours. Ces pertes ont beaucoup anémié et affaibli la malade. L'abdomen est douloureux à la palpation, surtout sur le trajet des annexes gauches.

Toucher vaginal : Rien d'anormal au col. Utérus un peu gros, mobile. Le toucher procure une métrorrhagie avec caillots et lambeaux de muqueuse.

Rien aux poumons. Rien au cœur.

31 *août* : Hystérectomie vaginale. Anesthésie. Dilatation avec les bougies d'Hegar pour faire le toucher intra-utérin. On sent dans le fond de l'utérus de petites masses mollasses, et il s'échappe du col quelques fragments rappelant le tissu encéphaloïde, caséeux. M. le Dr Goullioud se décide à l'hystérectomie après cautérisation de la cavité intra-utérine au chlorure de zinc.

Hystérectomie très simple. Suites opératoires simples.

La malade sort guérie le 2 octobre 1897.

Examen macroscopique de la pièce : La pièce en main et l'utérus ouvert, on constate que dans près de la moitié, 1/9 au moins du fond de la cavité utérine, la muqueuse est le siège d'une sorte de dégénérescence mollasse encéphaloïde.

Si on passe la curette, on enlève tout le tissu ramolli et il reste une surface dure et lisse, plus dure et plus lisse que quand on a raclé la muqueuse normale. Le tissu sous jacent paraît sain.

Un fragment a été mis de côté pour l'examen microscopique, que nous serions heureux de connaître.

Note de M. le Dr Goullioud. Cas intéressant ; femme ayant eu des pertes assez fortes pour l'anémier, ne prétendant pas perdre en blanc. On pouvait songer à un polype plutôt qu'à toute autre affection. Une rétention placentaire était peu probable, vu l'âge. Pour la même raison je ne pensais pas à un cancer intra-utérin que j'ai presque toujours vu après la ménopause.

Tout en respectant l'opinion de M. le Dr Goullioud, basée sur une expérience personnelle déjà longue, nous ne croyons pas qu'il faille attacher une trop grande importance à l'âge dans le cancer du corps utérin, voir étiologie : cas cités et observation de M. Tédenat.

Observation XI.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lassalle, de Nimes).

Sarcome embryonnaire de la muqueuse du corps de l'utérus.— Mort par cachexie.

Femme âgée de 42 ans. Nullipare. Névropathe.

Réglée à 12 ans; menstruation toujours régulière.

Depuis 5 à 6 ans, la malade éprouve de fortes douleurs dans le bas-ventre et aux reins au moment des règles ; celles-ci sont beaucoup plus abondantes que normalement, elles durent sept à huit jours. Dans l'intervalle, quelques pertes blanches sans caractères particuliers.

Il y a six mois, ces douleurs accompagnant la menstruation ont augmenté d'intensité ; elles siègent aux reins, au bas-ventre, au niveau de la fosse iliaque droite, quelquefois à gauche, s'irradiant vers les membres inférieurs. De plus, elles apparaissent pendant la période intermenstruelle, reviennent par accès, quelquefois plusieurs fois par jour, sans régularité du reste, empêchant tout repos, mettant la malade dans un état d'agitation très grande.

L'issue du sang menstruel est suivie, non toutefois d'une façon constante, de l'expulsion de lambeaux de muqueuse utérine, enfin, pendant la période intermenstruelle, il existe une perte séreuse très abondante, sans odeur, ne laissant aucune trace sur le linge. L'état général est satisfaisant.

A l'examen local, je note les particularités suivantes : l'utérus pris entre les deux mains est un peu augmenté de volume; il conserve sa mobilité. Le ballottement est légèrement douloureux ; le col a sa situation normale ; il est conique ; l'orifice est arrondi, très étroit. De cet orifice fait saillie un petit bourgeon charnu rouge vif, saignant au moindre contact, n'offrant aucune adhérence avec les lèvres du col, venant manifestement de l'in-

térieur. Hystérométrie : sept centimètres. Culs-de-sac libres ; légère douleur du côté droit sans empâtement ni tumeur.

En juillet 1898, je pratique le curettage sous l'anesthésie chloroformique. Après dilatation extemporanée, facile avec l'instrument de Siredey, le col laisse facilement passer la curette de Sims ; celle-ci ramène des débris muqueux en masse. Lavage intra-utérin ; cautérisation au perchlorure de fer ; tamponnement à la gaze iodoformée. Les suites de l'intervention sont régulières.

Pendant un mois, je fais tous les deux jours un lavage intra-utérin avec attouchement au chlorure de zinc au 1/10 ou au perchlorure, suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

Sous l'influence de cette thérapeutique, je n'obtiens comme résultat qu'une diminution très marquée de l'hémorragie menstruelle ; mais les douleurs sont de plus en plus intenses, elles deviennent presque continues ; les pertes séreuses sont de plus en plus abondantes en même temps que fétides. L'état général s'altère, la malade maigrit.

L'utérus, tout d'abord, perd sa mobilité. Deux mois après le curettage, on perçoit nettement des nodosités péri-utérines, résistantes, indolores au toucher ; le col reste intact ; plus tard, il devient dur tout en conservant sa forme.

La malade meurt de cachexie au mois d'août 1899.

Examen microscopique : Les lambeaux de muqueuse examinés plusieurs fois au microscope ont montré une abondance toute particulière de cellules embryonnaires, les glandes étaient dilatées et l'épithélium glandulaire intact.

Le bourgeon charnu enlevé par le curettage était exclusivement composé de cellules embryonnaires et de vaisseaux de nouvelle formation.

Note de M. le Dr Lassalle. L'observation précédente est un exemple de néoplasme malin de l'utérus. Ce néoplasme s'est développé au niveau de la muqueuse du corps pour gagner les tissus péri-utérins et le col en dernier lieu.

Les caractères microscopiques de la muqueuse utérine altérée et des bourgeons

charnus sont ceux du sarcome (variété embryonnaire). Il a été impossible de déceler l'existence d'altérations histologiques de l'épithélium.

Les allures cliniques de l'affection ont été d'abord celles d'une endométrite à la fois interstitielle et catarrhale ; l'inefficacité d'une thérapeutique rationnelle, l'apparition rapide des symptômes locaux et généraux caractéristiques ont levé tous les doutes.

Observation XII.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud, de Lyon).

Epithélioma cylindrique de l'utérus. — Curettage.

Jeanne Th..., 48 ans ; entrée au n° 4 de Sainte-Thérèse, hôpital Saint-Joseph, le 19 janvier 1899.

Père mort à 69 ans de la goutte ; mère vivante, bien portante. A eu 7 frères ou sœurs. Deux sont morts en bas âge, une sœur est morte de typhoïde à 27 ans. Les autres se portent bien.

Personnellement, angine couenneuse à 28 ans ; rougeole, variole en bas-âge ; en somme, aucune des maladies qui entrent dans l'étiologie du cancer.

Réglée à 14 ans, toujours irrégulièrement. Il y a 6 ou 7 ans, elle aurait eu un arrêt un peu plus long que de coutume ; mais elle avait déjà eu il y a 12 ans, à l'âge de 36 ans, des pertes abondantes avec caillots. Il y a 8 ans, elle eut une perte très forte, métrorrhagie qui dura plusieurs jours et amena un degré assez marqué d'anémie. Elle resta au lit trois semaines. Ces hémorragies se répétèrent tous les deux mois pendant quelque temps. On la tamponnait et l'on faisait de petites cautérisations.

M. le docteur Goullioud vit la malade il y a 5 ans et la traita par l'application de crayons de chlorure de zinc. Cette thérapeutique permit à la malade de rester 18 mois sans perte. Au bout de ce laps de temps, elle eut une nouvelle métrorrhagie, moins abondante ; réapplication de trois crayons ; l'année qui suivit fut bonne et sans perte.

A cette époque, les hémorragies reprirent, mais de moins en moins abondantes, et l'on dut faire une troisième application de chlorure de zinc (deux crayons).

M. le docteur Goullioud fut même obligé, par la suite, de faire un quatrième et cinquième attouchement au chlorure de zinc, le dernier il y a un an environ.

Quelques pertes légères depuis.

12 *décembre* 1898 : Il y a un mois et demi environ, métrorrhagie très abondante ; on mit un crayon qui n'amena pas grande amélioration.

Les pertes se continuent actuellement, mais un peu moins abondantes. Petit tamponnement la veille de son entrée à l'hôpital.

A son entrée, on constate une pâleur marquée des extrémités et de la face, joues peu colorées, une diminution progressive des forces depuis cinq ans ; cette dernière métrorrhagie l'a affaiblie encore davantage.

Peu d'appétit depuis un mois. Maux de tête depuis cinq ans ; affaiblissement de l'ouïe et de la vue, surtout depuis deux ans ; quelques bourdonnements d'oreilles.

Il y a quelque temps, la malade a présenté un peu d'œdème des membres inférieurs, disparu sans laisser de trace.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Urines : un peu d'albumine.

24 Janvier 1899 : Anesthésie sans incident.

Le col est fermé. On saisit la lèvre antérieure avec une pince à 4 dents. Dilatation du col par la seule pénétration du doigt. Curettage de l'utérus qui ramène des masses bourgeonnantes, de petits champignons polypiformes. Râclage très modéré. Pas d'hémorragie. Cautérisation au chlorure de zinc. Application dans l'utérus d'un morceau de Canquoin du diamètre d'une pièce de deux francs ; tampon de gaze iodoformée dans l'utérus.

28 : La malade a eu ce matin une perte qui menaçait d'être

abondante, on lui avait enlevé ses tampons et sa gaze deux jours auparavant. On lui fait un nouveau tamponnement intra utérin et vaginal.

31 : On enlève le tamponnement, que l'on remplace par un autre.

Note de M. le Dr Goullioud Cas curieux d'un épithélioma cylindrique formant une masse polypiforme et amenant de fortes hémorragies.

Emploi de nombreux crayons au chlorure de zinc qui ont espacé les pertes.

Ablation de la tumeur avec le doigt et la curette, après dilatation spontanée du col et quelques tamponnements intra-cervicaux.

Une hémorragie secondaire prouve que des vaisseaux importants sont déjà touchés.

Je n'ai pas cru devoir faire une hystérectomie, à cause d'une induration suspecte le long du ligament utéro-sacré gauche.

20 Novembre : La malade va bien. N'a pas eu de nouvelles pertes rouges.

OBSERVATIONS DÉJA PUBLIÉES

Nous les divisons en :

1° Epithéliomes.

2° Sarcomes.

Et les classons par date de publication.

1° Epithéliomes. — Carcinomes

Première Observation (résumée).

Epithélioma du corps de l'utérus. — Impossibilité de terminer l'opération de Freund. — Traitement palliatif, Curettage. — Mort par cachexie et inanition, par le Dr Engelmann. (Annales de Gynécologie, Juin 1882).

Malade de 37 ans, vue pour la première fois le 23 mai 1881 ; santé toujours excellente, avait eu plusieurs enfants. Son dernier accouchement avait été suivi d'un phlegmon pelvien. Menstruation toujours un peu métrorrhagique, d'où affaiblissement ces huit dernières années ; quelquefois même, elle était obligée de garder le lit pendant quelques jours, tellement la perte de sang l'affaiblissait. Cependant elle se considérait comme ayant joui d'une bonne santé jusqu'au printemps 1880, où apparut un écoulement sanguinolent continu, ressemblant plus ou moins à de la sérosité, parfois peu abondant, d'autres fois constituant un véritable flux; cependant il ne présentait rien de régulier et n'avait aucun rapport avec la menstruation. Il y a neuf mois, elle remarqua pour la première fois de la leucorrhée tout d'abord légère et ne revenant qu'après chaque période cataméniale, puis plus persistante depuis janvier 1881 et alternant parfois avec un écoulement muqueux, rougeâtre, même

dans les périodes intermenstruelles. En même temps, règles plus profuses et durant 12 à 15 jours. L'écoulement ne devint fétide qu'un mois avant son arrivée à l'hôpital.

En janvier 1881, hémorragies qui la forcèrent à s'aliter et l'affaiblirent beaucoup; de temps en temps douleurs dans la jambe gauche, qui, lors des accès internes, s'irradiaient en travers de l'abdomen et dans la jambe droite. Ces douleurs ne durèrent pas longtemps et laissèrent une faible impression à la malade.

On arrêta temporairement les hémorragies avec l'ergot de seigle, l'acide gallique et l'opium; repos au lit; injections iodées intra-utérines; application de tampons imbibés de tanin et de glycérine; toniques. Mais la malade, malgré une amélioration, ne revenait pas à la santé. Utérus gros, antéversé, mobile, d'où l'on put retirer une petite végétation polypoïde par l'orifice du col dilaté; après cela la leucorrhée parut augmenter et prendre une odeur fétide; simple coïncidence. Pouls : 100 à 103. Température : 37°,5 à 38°,5. A la fin de mars 1881, impossible de faire un diagnostic exact. Engelmann admit la possibilité d'un polype intra-utérin, en état de désintégration. Quinine à haute dose, injections d'ergotine dans le tissu utérin, dilatation du col, afin d'enlever une petite partie de la tumeur pour éclairer le diagnostic.

A l'examen microscopique, tissu aréolaire, avec un réseau fibreux contenant des cellules sphériques et épithéliales : tumeur maligne.

La malade entre à Saint-Louis, et le 23 mai elle semblait bien portante, ne portait aucune trace d'émaciation, pesait près de 150 livres; cependant légère pâleur sous la teinte bronzée de sa peau. Pouls un peu accéléré; température un peu au-dessus de la normale. Vulve et vagin intacts, ce dernier contenait un peu de liquide fétide. Utérus légèrement antéversé, un peu gros, mobile dans toutes les directions, mesurait 0,085; corps dur, nodulaire, augmenté de volume surtout à gauche.

Toutes les autres parties étaient normales, pas d'infiltration, pas d'épaississement, pas de sensibilité dans le voisinage; ligament large gauche un peu épaissi. Col normal, mou, légèrement congestionné, non nodulaire. Orifice et canal cervical dilatés au point d'admettre le doigt, et l'on pouvait arriver à saisir avec une pince le néoplasme polypoïde largement implanté. Pas de douleurs à la pression.

Conclusion : Cancer du corps primitif, dans un utérus renfermant un polype muqueux.

Opération de Freund, le 5 juin. — Adhérences épiploïques à la paroi abdominale et à la vessie ; adhérences utérines à l'intestin. Impossibilité de poursuivre l'opération. Pansement de Lister au coton salicylé. Nausées dues au chloroforme et qui disparurent le lendemain.

Réunion par première intention, enlèvement des sutures les septième et neuvième jours. Trois semaines après l'opération, la malade retournait chez elle. Injections désinfectantes ; toniques ; bonne nourriture ; la santé se maintenait dans un état excellent. Mais la malade demanda alors le traitement palliatif pour combattre les douleurs.

Opération palliative en juillet 1881. — Grattage à la curette de Simpson. Badigeonnages au perchlorure de fer. Vagin bourré de tampons d'ouate, imbibés d'huile afin de pouvoir les retirer du vagin devenu contracté et rugueux sous l'influence du perchlorure.

La malade éprouvait les mêmes douleurs qu'auparavant.

Irrigations, injections chaudes désinfectantes. La maladie continua à évoluer sans amélioration. Il fallut en arriver aux injections de morphine, jusqu'à trois par jour, de 0,05 chaque fois. Torpeur due à la morphine.

Inanition, enfin mort le 15 novembre 1881.

Observation II (résumée).

Adéno-carcinome chez une vierge. — Diagnostic par l'examen microscopique. — Hystérectomie vaginale, par Weit (Thèse Valat, Observation XVII).

Mlle E. ., âgée de 58 ans, vierge, bien réglée jusqu'à 52 ans. Depuis le mois de septembre 1880, elle se plaint d'un écoulement sanguin par les organes génitaux. D'abord faible, puis de plus en plus considérable, cet écoulement s'est établi par intermittence de courte durée. A l'examen (que je dus faire après avoir endormi la malade à cause de l'intégrité de l'hymen), je trouvai, au commencement de juin 1881, la portion vaginale intacte. Dans la partie supérieure du parenchyme cervical, se trouvait une petite nodosité grosse comme une cerise. Le corps de l'utérus était en rétroflexion, forte-

ment grossi, surtout en largeur. Les annexes étaient complètement libres Je ne pus passer dans le col qu'avec la plus petite cuiller tranchante, et, du corps de l'utérus, j'enlevai par grattage un morceau de la muqueuse gros comme une lentille.

Cette pièce, mise aussitôt dans l'alcool et examinée au microscope, donna incontestablement le diagnostic d'adénocarcinome ; M. Ruze eut l'obligeance de la confirmer. Le 14 juin 1884, je fis l'extirpation totale par la voie vaginale, je me décidai pour cette voie malgré l'étroitesse de l'entrée du vagin.

Observation III (résumée).

Cancer du corps de l'utérus. — Cancer secondaire du péritoine, du foie et du rein, par Ménétrier (in Thèse Leca, 1888).

La nommée G... Rose, 48 ans, passementière, entrée le 29 mai 1884, service de M. le professeur Troisier.

Douleurs à l'hypogastre dans la fosse iliaque droite, avec irradiations dans le flanc droit et vers l'épigastre ; elles sont spontanées, continues, avec exacerbations, et augmentées par la pression. Palpation de l'abdomen difficile à cause du tissu adipeux.

Au toucher, utérus mobile, col sain et en rétroversion. Pas de pertes, ni sucre, ni albumine.

Etat général satisfaisant.

On calme momentanément les douleurs par le chloral, ou les injections de morphine, mais l'état général s'altère, perte des forces, amaigrissement, diarrhée.

Douleurs de plus en plus vives, nécessitant deux piqûres de morphine par jour.

Le 10 août, on constate au toucher un utérus mobile avec col dur, gros, entr'ouvert, mais non déformé. Rien dans le cul-de-sac antérieur ; cul-de-sac postérieur douloureux et donnant la sensation d'une masse dure, ligneuse, inégale, irrégulière, adhérente au fond du vagin et faisant corps avec l'utérus.

17 août. — A la face dorsale des mains et au pourtour des deux genoux, éruption papulo-erythémateuse qui est le siège de vives démangeaisons ; cette éruption pâlit le lendemain et disparaît les jours suivants.

25 août. — Au toucher, utérus très abaissé, immobile, repoussé en avant contre le pubis, d'où une certaine gêne dans la miction. Cul-de-sac postérieur refoulé par une masse dure qui semble se confondre avec l'utérus. On sent, en outre, deux nodosités de l'épaisseur de la paroi vaginale en ce point. Palpation de l'abdomen toujours négative, sauf contracture du plan musculaire de l'abdomen. Douleurs toujours aussi fortes et calmées par trois piqûres de morphine par jour.

27 septembre. — L'affaiblissement s'accentue ; douleurs excessives et à peine modérées par quatre injections de morphine : siègent dans la partie inférieure du ventre, principalement à droite, et s'irradient à la face antérieure des cuisses.

A la palpation de la région hypogastrique, masse résistante, occupant la cavité du petit bassin.

Au toucher, utérus abaissé, complètement immobilisé, col repoussé en avant et légèrement entr'ouvert. Dans le cul-de-sac postérieur masse dure ligneuse ; les petites nodosités perçues à ce niveau sont plus fermes et plus volumineuses. Un peu de sang dans les fèces. Anorexie absolue.

8 octobre.— Œdème des extrémités inférieures ; amaigrissement, cachexie.

10 octobre. — Extension de l'œdème, un peu d'ascite.

14 novembre. — Parotidite droite.

15 novembre — Peu de pus collecté. Affaiblissement de la malade. Mort.

Péritoine.— Notable quantité de liquide brun jaunâtre, non hémorragique. Çà et là, principalement dans le petit bassin, autour du gros intestin, autour du foie et à la surface de l'intestin, plaques ou mamelons blanchâtres sur le mésentère ; quelques plaques plus saillantes, dont une comme ulcérée au voisinage de l'abouchement de l'iléon dans le cœcum.

Foie. — Adhérent en partie au diaphragme ; poids : 1,700 grammes ; couleur jaune clair. Bords non émoussés. Dégénérescence graisseuse extrêmement avancée. A la coupe, par places, noyaux arrondis, variant du volume d'une lentille à celui d'une grosse noisette. La couleur de ces noyaux est gris transparent, très légèrement rosé. Paraissent formés de cancer embolique. Ces noyaux sont assez nombreux pour qu'on en trouve 4 ou 5 dans le lobe de Spiegel.

Intestin grêle. — A sa face interne et de place en place, petits points blanchâtres semblables à des tubercules miliaires ou plaques faisant saillie dans la cavité intestinale et dirigées transversalement. 2 ou 3 non ulcérées, 4 ou 5 ulcérées.

Dans le mésentère, grand nombre de ganglions du volume d'une noisette ou un peu plus gros, grisâtres et ramollis.

Utérus. — Volume du poing. Surface mamelonnée, de consistance inégale. Pas d'adhérence au rectum ; adhérence à la vessie. Les ovaires forment deux petits kystes à paroi mince et à liquide citrin.

Au fond de l'utérus, deux bourgeons sessiles non ulcérés. Parois utérines mesurant 4 à 5 centimètres d'épaisseur, formées d'un tissu ramolli par places, blanchâtre, blanc grisâtre ou blanc rosé, avec points plus consistants. Infiltration complète.

Vessie adhérente à la partie antérieure du col. Envahie, épaissie. Cavité anfractueuse, tomenteuse, ulcérée, sanieuse, grisâtre.

Ligaments larges. — Ressemblent en coupe à la tumeur utérine. Le cancer, en somme, paraît bien avoir débuté par le corps de l'utérus ; de là, il a envahi progressivement le reste de l'organe et les parties voisines, vessie et vagin, puis le péritoine pariétal ; puis, à distance, le péritoine intestinal, les parois de l'intestin, puis les ganglions du mésentère et le foie, et enfin, comme terminaison ultime, peut-être le poumon.

Observation IV (résumée).

Cancer du corps de l'utérus. — Rétention des liquides, phénomènes graves. — Curettage et cautérisation intra-utérine au fer rouge (Thèse de Despréaux : Observation reproduite par Pozzi).

Louise A..., 59 ans, couturière, entrée le 1er janvier 1888 à l'hôpital Pascal, salle A, lit 5. Réglée à 16 ans. Menstruation régulière, quatre enfants, le dernier en 1862. Couches bonnes, sauf la dernière qui est suivie d'hémorragies durant quatre jours et présentant une assez grande gravité.

Cependant elle se rétablit bien ; les règles reviennent et restent

normales. A 50 ans, ménopause, sans troubles de la santé. Il y a deux ans, elle commence à perdre en blanc, puis les pertes deviennent rosées et ressemblent à du jus de viande clair. Quelques pertes de sang, durant seulement 4 ou 5 heures, mais très considérables, affaiblissaient beaucoup la malade et la forçaient à garder le lit pendant plusieurs semaines. Elle va consulter un médecin qui la traite par des cautérisations tous les deux jours pendant huit mois.

Fréquemment, la nuit, douleurs lombaires extrêmement intenses ; amaigrissement, grande faiblesse.

En novembre 1886, la malade entre dans le service de Gallard et y reste jusqu'au mois de février.

Dans le courant de novembre, Gallard pratique le grattage avec une curette et fait suivre ce premier curettage d'une cautérisation au thermo-cautère. La nuit qui suit le curettage, la malade perd du sang pendant une heure. On arrête cette métrorrhagie au moyen d'injections chaudes et de perchlorure de fer. Six semaines plus tard, cautérisations simples, sans curettage. Depuis la première opération, la malade ne perdait plus de sang.

Les pertes deviennent bientôt fétides, de couleur grisâtre et mêlées d'une petite quantité de sang. Il paraît y avoir eu, dès cette époque, rétention utérine des liquides, car la malade signale ce fait, que ses pertes se produisaient subitement en très grande abondance et suivaient justement une période de jours où elle avait très peu perdu. Cette évacuation soulageait toujours beaucoup la malade, et le mieux dans son état était d'autant plus apprécié que les jours précédents elle avait à se plaindre de malaise, d'anorexie, etc., etc.....

Elle sort de l'Hôtel-Dieu en février 1887 et entre le 21 du même mois à l'hôpital Pascal, salle A, n° 5, service de M. Pozzi.

A ce moment, l'examen au toucher et au spéculum révèle l'existence d'un cas type d'épithélioma du corps de l'utérus. Le col est intact, seulement entr'ouvert et ramolli ; au spéculum on ne découvre aucune altération. Au moyen du cathétérisme, on reconnaît la présence de fongosités intra-utérines appréciables ; la cavité est très agrandie. Le 2 mars, sans anesthésie, après dilatation du col avec des bougies de Hegar, on pratique un curettage des fongosités destiné à permettre le facile écoulement des liquides qui donnent lieu, comme déjà précédemment, à des phénomènes de rétention. Ce curettage est suivi de cautérisations au fer rouge plongé et pro-

mené largement dans la cavité utérine. L'amélioration qui suit l'opération est très sensible, et la malade peut partir pour le Vésinet, quatre semaines plus tard. Elle y reste un mois, puis rentre chez elle jusqu'au mois d'août ; on lui fait tous les jours des injections intra-utérines, sans curettage ni cautérisation. Elle retourne ensuite au Vésinet jusqu'au 15 septembre et, le 1er janvier, reprend un lit à l'hôpital. Dans les premiers jours du mois, phénomènes graves de rétention intra-utérine ; la malade a de la fièvre, des frissons, un malaise très accentué, une anorexie absolue et même quelques vomissements, son état devient même grave. Le 12 janvier, nouveau curettage suivi de cautérisation. Rien de particulier à noter. Depuis cette époque, la malade n'a plus de pertes ; mange avec appétit et peut même se lever. Elle perd toujours en blanc, ces pertes ne sont pas extrêmement fétides, et d'ailleurs, depuis quelques jours, les injections vaginales sont faites avec la liqueur de Labarraque au quart. L'état général est satisfaisant.

Observation V (résumée).

Cancer du corps de l'utérus. — Curettage, perforation de la paroi utérine. — Hystérectomie vaginale, par Dmitri de Ott (Annales de Gynécologie, 1889).

Itka Zeir, 53 ans. Réglée pour la première fois à 13 ans. Il y a six ans, ménopause. Pas de grossesse. Deux ans avant son entrée à la clinique, surviennent des pertes de sang atypiques et d'odeur fétide.

Etat actuel. — Entrée du canal vaginal très étroite. Portion vaginale de l'utérus un peu augmentée, mais de forme normale. Par l'orifice interne, écoulement fétide, brunâtre, mêlé de sang. Dans le fond de l'orifice externe, on peut, par la palpation digitale, reconnaître la présence de fongosités saignant facilement. Utérus augmenté de volume, de la dimension du poing ; il est parfaitement mobile ; culs-de sac intacts. Etat fébrile ; température, 38°3. Pour confirmer le diagnostic, râclage à la curette tranchante le 7 mai. La cavité utérine présentait les dimensions de 11 à 12 centimètres. La curette se sentait à travers la paroi abdominale par suite de l'amincissement extrême des parois utérines. Bientôt après le curettage, frissons intenses ; température à 39°8. Le lendemain matin

cependant, la température s'abaisse un peu. Les frissons se reproduisent de temps en temps, mais l'écoulement génital fut moins fétide que la veille.

L'état général de la malade, la production répétée de frissons intenses, la température fébrile, indiquaient clairement une résorption active d'éléments cancéreux ou une perforation par la curette.

En conséquence, l'extirpation totale de l'utérus par le vagin fut décidée et faite le 8 mai 1886. Difficultés créées par le volume extrême de l'utérus, l'étroitesse du vagin et la difficulté de la prise sur les parois utérines amincies.

Lésion de l'urèthre, qui entraîne une fistule passagère.

Un mois après l'opération, récidive au début.

Observation VI (résumée).

Cancer du corps utérin — Hystérectomie vaginale, par Richelot. (Union médicale, 11 décembre 1887).

M. B... a 68 ans, depuis 2 ans douleurs vagues dans le ventre et les reins ; pertes sanguines peu abondantes et rares ; mais surtout un écoulement roussâtre qui a été fétide à plusieurs reprises ; elle est néanmoins d'une bonne santé et paraît plus jeune que son âge.

M. le Dr Daulos, médecin des Hôpitaux, a posé le diagnostic : épithélioma du corps de l'utérus, et m'adresse la malade le 12 septembre 1887.

Col absolument normal. Dans le cul-de-sac postérieur je trouve une tuméfaction dure, arrondie, grosse comme une petite pomme et faisant corps avec l'utérus.

Utérus très mobile, le col se déplace dans tous les sens, la tumeur rétro-utérine le suit dans tous ses mouvements et paraît libre de toute adhérence.

Pas de douleur au toucher, paroi vaginale saine, le rectum et la vessie fonctionnent parfaitement.

Nécessité de confirmer le diagnostic par la dilatation du col, mais Mme B... contracte une pneumonie dont elle ne fut complètement rétablie que dans les premiers jours d'octobre.

Dilatation à partir du 5 octobre avec des tiges de laminaire iodoformées.

Après introduction de la plus fine se montre un suintement roussâtre abondant; à la seconde, la cavité utérine semble irrégulière, rugueuse et saigne facilement; apres la 3e l'écoulement sanieux, l'odeur infecte ne laisse plus aucun doute sur l'existence d'un épithélioma intra-utérin.

Opération le 21 octobre. — Les premiers temps paraissent donner raison au diagnostic. L'utérus descend très bien, mais bientôt on constate l'envahissement du péritoine antérieur par le cancer; d'où difficultés de l'opération, les manœuvres opératoires devant toutes se faire par le cul-de-sac postérieur.

Ablation par fragments du tissu ramolli de l'utérus; curettage du tissu friable situé au devant du rectum et abandon d'une nappe de tissu cancéreux qui remplit le cul-de-sac de Douglas et va se perdre dans le péritoine. La malade se remit de l'opération après 3 semaines; mais avait une récidive ou plutôt une continuation sur place.

Observation VII.

Cancer primitif de la muqueuse du corps de l'utérus.— Examen histologique. — Présentation de la pièce par M. Valat (Bulletin Société anatomique, pag. 712, 1887).

Marie G..., 58 ans, coiffeuse, entre le 3 novembre 1887, dans le service de M. Terrillon.

Antécédents héréditaires. — Les 3 sœurs ont été atteintes d'affections utérines: l'une est morte à 59 ans d'un cancer de l'utérus; la deuxième d'un corps fibreux; la troisième est le sujet de cette observation.

Antécédents personnels. — Règlée à 13 ans, règles régulières, peu abondantes. — Mariée à 29 ans.

A eu 5 accouchements à terme et 5 fausses couches. Les avortements ont alterné avec les grossesses à terme.

Jusqu'à la fin de 1884, elle jouissait d'une excellente santé. A ce moment, écoulement roussâtre, et, depuis cette époque, cet écoulement utérin ne s'est pas arrêté. Elle bornait le traitement à quelques injections vaginales.

En septembre 1886, elle a consulté le Dr Bructet. La dilatation utérine est pratiquée, et, les jours suivants, on fait un premier grattage de la muqueuse.

Soulagement momentané, et, le 3 janvier 1887, la malade entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Brack.

Après 2 nouveaux grattages de la muqueuse utérine, la malade sort de l'hôpital Saint-Louis (février 1887).

Les bénéfices de ce traitement palliatif sont de très courte durée.

Les douleurs reviennent plus intenses qu'auparavant ; les pertes constituées par le liquide roussâtre sont beaucoup plus abondantes et exhalent cette fois une fétidité repoussante. —M. Routier, appelé en consultation auprès de cette malade, la fait admettre dans le service de M. Terrillon le 2 novembre 1887.

A ce moment, on a au toucher : col de l'utérus situé sur la ligne médiane et non augmenté de volume ; mobilité presque normale, légère ulcération sur la partie gauche.

Le cul-de-sac vaginal droit a une profondeur et une consistance normales. Le gauche existe à peine. De ce côté le col de l'utérus se confond avec la base du ligament large ; à ce niveau existe une petite induration douloureuse à la pression.

Le palper et le toucher combinés permettent de constater une légère augmentation de l'utérus.

L'examen au spéculum confirme le résultat fourni par le toucher.

L'embonpoint est encore satisfaisant, mais néanmoins la malade présente le teint jaune paille caractéristique.

Du 3 au 7 novembre, matin et soir, injections au sublimé.

Le 8, hystérectomie vaginale pratiquée par M. Routier, avec l'aide de MM. Terrillon et Jalaguier. Chloroformisation par M. Valat.

L'utérus se laisse abaisser très facilement et l'opération ne présente aucune particularité à relever ; durée 3/4 d'heure.

Pansement. — Queue de cerf-volant et gaze iodoformée. Bandage en T. — Les pinces longues sont laissées sur les ligaments larges.

Le 12, elles sont enlevées ; les tampons de gaze iodoformée sont renouvelés ; léger suintement hémorragique.

Le 14, troisième pansement, injection au sublimé.

Le 18, la plaie vaginale est complètement cicatrisée.

Examen histologique. — D'après les préparations de notre ami et collègue Achard.

L'épithélium de revêtement de la muqueuse a disparu. Sur certains points les glandes sont dilatées mais très reconnaissables à leur revêtement épithélial. Ailleurs la muqueuse est détruite et remplacée par du tissu embryonnaire qui, dans plusieurs endroits, a subi une série de modifications.

Sur des coupes intéressant la paroi utérine, on constate des boyaux de cellules caractéristiques de l'épithélioma.

Observation VIII.

Cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Examen microscopique, par M. Terrillon (Société obstétricale et gynécologique de Paris, 14 juin 1888).

Femme âgée de 65 ans, ayant eu 6 enfants. Suppression des règles vers l'âge de 45 ans. Il y a quelques mois, elle commença à perdre du sang. Le diagnostic qui se confirma après l'opération fut celui de cancer intra-utérin. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée au mois de janvier dernier. Opération facile, qui eut les suites opératoires les plus satisfaisantes. En outre, fait intéressant, en raison de l'âge avancé, l'opérée, dont la santé est d'ailleurs parfaite, a engraissé de huit livres depuis l'opération.

Aucune trace de récidive.

Examen de la pièce — L'utérus est augmenté de volume, surtout au niveau du corps et du fond :

La face antérieure est lisse.

La face postérieure est tomenteuse et irrégulière, à cause des adhérences qui ont été déchirées. Mais elle ne paraît pas envahie par le néoplasme.

En coupant l'utérus verticalement, on voit que la cavité est absolument remplie d'une masse végétante, d'apparence cancéreuse, et qui a envahi les parois musculeuses, surtout en arrière, mais sans les perforer. Au point de vue histologique, il s'agit d'un épithélioma tubulé pavimenteux.

Observation IX.

Endométrite avec début de cancer de la muqueuse, par le Dr Flaischlen. (Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie, 1889).

Le Dr Flaischlen présente à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, le 27 janvier 1889, un utérus provenant d'une malade anémiée par des hémorragies répétées. Le Dr Siedel, qui examina le premier la malade, ne trouva rien d'anormal sauf un épaississement attribué à la métrite.

L'examen microscopique de parcelles obtenues par le curettage ne montre que l'endométrite simple, mais une parcelle plus grosse, du volume d'un pois, enlevée à l'aide d'une cuillère tranchante et examinée, fit voir qu'il s'agissait d'adénome malin en voie de transformation carcinomateuse. Ce dernier examen fut confirmé par Karl Ruge.

L'opération et les suites furent simples.

A la coupe, l'utérus ne montre que des signes d'endométrite, et seulement des débuts de carcinome de la muqueuse du corps utérin.

Observation X.

Eine Freund'sche. Totalextirpation, par le Dr Sippel (Central. für. Gyn. n° 49, 7 décembre 1889).

Femme de 60 ans. Très bien portante : mère de six enfants n'ayant plus ses règles depuis 12 ans. En janvier apparaît un écoulement séro-sanguinolent, intermittent et sentant mauvais ; de petits débris sont expulsés et un médecin les prend pour des parcelles de fibrome.

Le diagnostic étant hésitant entre un fibrome sphacélé et un cancer, raclage qui ramène des débris qu'on examine et qui ont les caractères du cancer. On se décide alors à l'opération de Freund.

On commence par inciser les culs-de-sac vaginaux autour du col et à détacher l'utérus de la vessie et du rectum comme dans l'hystérectomie vaginale. Le cul-de-sac de Douglas n'est pas ouvert,

car il existe des adhérences étendues entre le rectum et l'utérus, et le péritoine est très épaissi. On fait, avec une aiguille de Deschamps, la ligature de la base des deux ligaments larges et on sépare cette base de l'utérus.

La paroi abdominale est ensuite incisée sur la ligne médiane et on constate alors que, malgré l'opération vaginale, l'utérus est très peu mobile à cause d'adhérences intimes entre sa face antérieure et l'épiploon et l'intestin. Ces adhérences sont détruites péniblement. On lie alors et on excise les trompes et les ovaires. Puis la partie supérieure des ligaments larges est ligaturée de chaque côté, et avec des ciseaux on sépare l'utérus du ligament gauche d'abord, puis du droit.

On tamponne la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée. On referme la paroi abdominale après avoir fait la toilette de la cavité pelvienne avec une solution faible de sublimé. Pas de réaction fébrile, mais quelques phénomènes d'intoxication iodoformée. Trois semaines après, la malade se lève et sort guérie après quatre semaines et demie.

Observations XI et XII.

Deux cas d'hystérectomie sacrée pour cancer du corps de l'utérus, par MM. Terrier et Hartmann (Annales de Gynécologie, 1891).

Observation XI. — M..., 52 ans, journalière, entre le 24 octobre 1890 dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, pour des pertes séro-sanguinolentes qui se répètent constamment depuis 2 ans.

Réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleur, peu abondamment durant 2 jours.

Mariée à 33 ans, jamais de grossesse. A l'âge de 49 ans, ménopause sans accidents.

Il y a deux ans, elle fut prise brusquement après une émotion assez vive, le lendemain de la mort de son mari, d'une petite perte rouge sans caillot qui dura un quart d'heure.

Depuis cette époque, écoulement tantôt sanguinolent, semblable à de l'eau rougie ; tantôt muqueux ou séreux. En même temps douleurs hypogastriques s'exaspérant dans la position assise ou couchée. Amaigrissement progressif.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

La malade, tenue tout d'abord en observation dans le service, a de temps à autre de petites élévations vespérales de la température à 38°2, 38°4 et même 39°1 le 4 novembre.

Col sain. Par son orifice coule un liquide séro-sanguinolent ; l'exploration avec hystéromètre détermine un saignement. Corps de l'utérus volumineux, en rétroversion, adhérent; à gauche on trouve, à côté du fond de l'utérus, une tuméfaction douloureuse qui semble constituée par des annexes enflammées.

Ni sucre, ni albumine, amaigrissement notable, faciès pâle, terreux, pas d'appétit, constipation.

Le toucher digital, après dilatation, permet de constater des inégalités dans le corps et ramène des débris de tissu.

Le 10 novembre 1890. — Hystérectomie sacrée par M. Terrier, aidé de M. Hartmann.

Opération. — Tumeur considérable, vagin rétréci et résistant. Incision menée de la partie supérieure et gauche du sacrum à l'extrémité inférieure du coccyx. Section du releveur : résection osseuse analogue à celle de Kraske. Utérus très gros, immobilisé et adhérent, d'où difficultés pour l'abaisser. Ligature du ligament large droit, puis du ligament large gauche. Résection circulaire du vagin à sa partie supérieure, tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

L'un des temps les plus difficiles fut l'ouverture du péritoine qui, au niveau de la partie supérieure de l'utérus, adhérait à la face antérieure du rectum. L'extirpation faite, suture des muscles, de la peau. L'opération n'avait pas duré plus d'une heure.

Suites d'abord excellentes, mais au quatrième jour quelques phlyctènes sur les lambeaux, annonçant leur sphacèle partiel, d'où quelques accidents fébriles, puis l'eschare tomba laissant une plaie par où ressortaient les injections vaginales. La cicatrisation ne s'en fit pas moins. Aucune trace de récidive. Au toucher, on sent une bride allant du côté droit du cul-de-sac vaginal au sacrum. L'opérée est en excellente santé.

Examen de la pièce enlevée. — *Annexes* : salpingite catarrhale. Cavité utérine déformée, allongée et dilatée dans son angle gauche, qui a l'aspect d'une cavité suppurante et bourgeonnante. Fond de l'utérus ulcéré et végétant. L'examen histologique conclut à l'existence d'un épithélium tubulé à cellule cylindrique.

Observation XII. — 52 ans, très grasse. Cancer intra-utérin diagnostiqué au doigt, après dilatation de la cavité cervicale ; adhérences en arrière, ligament large droit épaissi et probablement envahi à sa base. Même incision cutanée, même rétrosection osseuse. Tissus infiltrés de graisse ; péritoine graisseux ; grandes difficultés à reconnaître l'utérus et à ouvrir le péritoine. L'utérus ne fut amené au dehors qu'avec beaucoup de peine, le col dégénéré et fixé l'immobilisait ; annexes adhérentes aux parois pelviennes ; ligature des ligaments larges et section circulaire du vagin.

Essai d'extirpation des annexes. L'uretère fut pris dans la ligature des annexes sans qu'il y eût interruption du cours de l'urine. L'opération avait duré 2 h. 1/4. La malade succombe au cinquième jour.

Observation XIII.

Cancer primitif du corps ayant entraîné des phénomènes urémiques. — Hystérectomie vaginale, par le Professeur Laroyenne (In thèse Bisch).

Malade de 55 ans, entrée à la clinique de la Charité, ayant depuis plusieurs mois des pertes sanguines, alternant avec des pertes séreuses, troubles ; des douleurs dans le bassin ; du ballonnement du ventre.

Elle présente une anémie presque complète. Les urines, troubles, foncées, ne contiennent pas d'albumine. Troubles dyspnéiques que n'expliquent ni l'état des poumons, ni celui du cœur. Le col est sain, le corps utérin gros, douloureux au toucher, absolument fixe.

Dans un but palliatif, devant les souffrances de la malade, M. Laroyenne enlève par la voie vaginale l'utérus, qui, à partir de l'orifice interne, présentait des bourgeons épithéliomateux dans toute la cavité.

La malade, guérie avec persistance d'une fistule urinaire, éprouva une rémission presque complète des symptômes qui l'avaient amenée à l'hôpital.

Elle mourut 13 mois après l'opération.

Observation XIV.

Cancer du corps utérin succédant à une métrite hémorragique, par le Professeur Laroyenne (In thèse Bisch).

Femme de 50 ans environ, présentant un écoulement sanguin à peu près continuel, peu abondant, mais affaiblissant cependant la malade. Il n'y avait cependant pas de douleurs.

Devant la persistance des hémorragies, qui duraient depuis dix mois et avaient résisté à une cautérisation profonde, faite avec un crayon de chlorure de zinc, on se décide à pratiquer l'hystérectomie en décembre 1890.

L'utérus présentait une infiltration cancéreuse très nette, avec des nodules légèrement saillants. Suites opératoires très simples.

La malade va très bien actuellement ; elle vient se montrer de temps en temps et ne présente aucune trace de généralisation.

Observations XV et XVI.

Deux hystérectomies vaginales pour cancer du corps de l'utérus, par le Dr Goullioud, de Lyon (In thèse Bisch).

Observation XV.— Veuve Quat..., 60 ans, a deux enfants ; le dernier a 34 ans. Ménopause à 52 ans : est restée 8 ans sans présenter aucun trouble. Il y a un an, elle a commencé à perdre ; entre à Sainte-Thérèse, service du professeur Laroyenne. Souffre depuis 10 mois. Symptomatologie typique du cancer du corps avec pertes rouges et pertes d'eau fétide. Douleurs. Pas de cachexie.

Il n'y a pas d'hésitation sur le diagnostic. L'utérus est manifestement gros ; le corps seul, plus gros que le poing, régulièrement augmenté de volume, globuleux. Col absolument normal.

On ne sent rien du côté des ligaments larges par le palper bimanuel.

Il y a plus à craindre du côté de la vessie, la malade ayant eu des besoins fréquents d'uriner, des troubles de la miction ; mais peut-être sont-ce là de simples phénomènes de compression.

Opération le 26 août 1891. — Hystérectomie vaginale. — On ferme le col, en le pinçant avec une pince à huit dents. Excision ovalaire du vagin. Décollement facile, non seulement du côté de la vessie, mais encore du rectum. Mais on s'aperçoit alors que l'utérus ne s'abaisse pas, à cause de la rétraction sénile du vagin et des ligaments larges.

Enfin, assez péniblement, au niveau des artères utérines, on parvient à former deux pédicules sur lesquels des pinces sont placées. Le docteur Goullioud s'efforce, sans y parvenir, de faire basculer l'utérus en avant. En arrière, l'opération est un peu moins difficile. Efforts prolongés pour faire accoucher cet utérus volumineux ; cependant il s'abaisse, difficilement il est vrai. On arrive à placer deux pinces sur les pédicules tubaires.

Pendant les tractions l'utérus éclate et de grosses masses cancéreuses, du volume d'une noisette, s'échappent par l'orifice. Pince sur la face postérieure de l'utérus pour l'entraîner hors de la vulve ; le tissu se déchire et la pince à dents multiples entraîne avec elle la pince du pédicule de l'artère utérine gauche, d'où hémorragie modérée. On s'efforce de remettre des pinces longuettes ; on parvient à en placer deux sur le lambeau du ligament large qui doit contenir l'artère utérine, ayant, lors de l'établissement du pédicule de l'artère utérine, constaté que le bord latéral de la vessie était bien à un bon centimètre en dehors de la pince placée. Toute hémorragie s'arrête. L'évolution ultérieure a, du reste, prouvé que l'urèthre n'avait pas été pincé.

L'utérus, parfaitement vidé, finit par être tiré au dehors après quelques minutes de tractions lentes et soutenues, alors qu'on se demandait s'il ne faudrait pas le morceler. Toilette péritonéale particulièrement soignée, pour entraîner les fragments cancéreux hors de la matrice. Mèches de gaze iodoformée, cinq pinces à demeure.

Pièce très belle. — Un fongus, gros comme une mandarine,

occupe l'angle latéral gauche du fond de la matrice, ou plutôt la partie correspondante de la face postérieure.

Base d'implantation plus large qu'une pièce de 5 francs. Tout le reste de la surface (col, isthme, face antérieure, cornes utérines) est sain. La déchirure, par où les masses fongueuses se sont éliminées, correspond à un point sain de l'utérus. Les coupes de section des ligaments larges sont loin, à plusieurs centimètres du fongus. Celui-ci avait donc une base d'implantation limitée ; il avait distendu l'utérus, mais n'avait nulle part dépassé la couche de coque musculaire.

(Pièce très favorable à l'espérance d'une guérison).

Suites simples. — La température n'a jamais dépassé 38°2.

Cependant, un suintement sanguin, lors de l'ablation des pinces, a fait remettre une éponge et des mèches iodoformées.

Malade sortie sur sa demande le 8 septembre, 14 jours après l'opération, allant bien ; non cicatrisée, bien entendu.

Examen microscopique, pratiqué par M. Bard.

Le fragment examiné est, pour la plus grande partie, constitué par du tissu fibro-musculaire normal de l'organe, sans qu'on constate dans son intérieur de noyau néoplasique. C'est seulement à une extrémité que l'on constate un petit fragment de néoplasme. Celui-ci est nettement séparé du tronc musculaire voisin ; il est constitué par une masse assez dense de cellules embryonnaires épithéliales, du type cylindrique, celles-ci se disposent par places, en tubes bien caractérisés, tapissés par une seule couche de cellules cylindriques. Mais, sur la plus grande partie de la tumeur, les tubes sont moins nets, par le fait de leur adossement et de leur grand nombre, alors qu'il n'existe que très peu de stroma pour les séparer.

A faible distance du noyau principal, il existe un autre noyau plus petit, dans la paroi adjacente.

En résumé, il s'agit d'une tumeur épithéliale cylindrique, dont

la végétation sur place est assez intense, mais qui ne paraît pas avoir poussé de noyau bien éloigné dans la profondeur.

Nous avons reçu les renseignements suivants, le 2 décembre 1899, de M. le Dr Goullioud.

« En 1895 et en 1897, mon ancienne opérée se plaignait de la vessie et je lui ai fait des injections de nitrate d'argent. N'ayant plus eu de ses nouvelles depuis, j'avais craint que ces symptômes vésicaux n'aient été un signe avant-coureur d'une récidive.

» Je l'ai revue bien portante le 20 novembre 1899, sans trace de récidive. Elle souffre un peu de la vessie, quand il fait froid, pas assez pour être revenue me demander des soins. Cicatrice vaginale parfaite. »

Observation XVI.— Vve Ch..., 64 ans, ménagère, entrée le 22 juin 1891, salle Sainte-Thérèse, dans le service de M. le professeur Laroyenne, alors suppléé par M. le docteur Goullioud.

Réglée à 18 ans, règles à peu près toujours régulières ; un peu de leucorrhée. Ménopause à 51 ans. Trois accouchements normaux, la malade se levant au bout de 15 à 18 jours. Pas de fausse couche.

Depuis la ménopause, la malade avait conservé un peu de leucorrhée ; écoulement presque insignifiant, ne présentant aucun caractère odorant particulier : cette leucorrhée ne s'est pas accrue ces derniers temps.

Il y a 20 jours, une hémorragie qui débuta sans cause appréciable, peu abondante au début, puis assez sérieuse au bout de 4 à 5 jours ; la malade a eu quelques caillots. Cette hémorragie a persisté pendant 15 jours et s'est arrêtée il y a 4 jours.

En même temps, la malade a éprouvé quelques douleurs lombaires, ainsi que dans la fosse iliaque droite.

Depuis le début de son affection, la malade n'a pas maigri ; mais elle prétend avoir beaucoup pâli. Un peu d'affaiblissement général.

Actuellement, l'hémorragie utérine a cessé. Au toucher, on constate que le col, assez volumineux, entr'ouvert, présente une déchirure à droite. Il est de consistance à peu près normale et ne présente pas de point induré. On perçoit cependant un état un peu

fongueux de l'orifice interne. On n'a pu ramener des débris néoplasiques avec l'ongle. Utérus gros, en position normale. Au spéculum, on constate un bouchon muqueux, sortant du col. La muqueuse est érodée et légèrement villeuse. L'hystéromètre ne fait rien apercevoir d'anormal.

Le 27 juin, M. le docteur Goullioud pratique l'hystérectomie vaginale. L'opération, très facile, est terminée en 25 minutes. Décollement circulaire de la muqueuse vaginale. Libération de quatre pédicules, le premier constitué par l'artère utérine ; le second par la trompe et l'artère utéro-ovarienne. Quatre pinces laissées à demeure.

Après l'ablation, on aperçoit dans le fond de la plaie des franges épiploïques. Tampons de gaze iodoformée.

A l'examen de l'utérus, on constate un épithéliome polypiforme, limité au corps. On trouve quatre noyaux de dégénérescence, dont le plus volumineux est gros comme une noisette. Ils sont insérés dans la muqueuse, mais ne pénètrent pas dans la couche musculaire. Le col et la cavité cervicale sont absolument sains.

Les suites opératoires ont été troublées les premiers jours par du tympanisme et de la constipation, sans élévation ni du pouls, ni de la température. Le tout céda facilement à quelques purgatifs.

21 Juillet. — La malade part guérie.

Examen microscopique contrôlé par M. Bard.

La pièce examinée est constituée par un fragment de paroi fibro-musculaire, contenant dans son intérieur, disséminés assez régulièrement, de nombreux îlots néoplasiques. Ceux-ci sont constitués par des tubes tapissés par une seule couche d'épithélium cylindrique haut et vivement coloré.

Ils contiennent, pour la plupart, dans leur intérieur, une substance granuleuse, jaunâtre ; quelques îlots sont constitués par plusieurs tubes juxtaposés ; d'autres plus rares sont constitués par des cellules plus embryonnaires, dont quelques-unes seulement ont l'aspect cylindrique.

En résumé, il s'agit d'une tumeur embryonnaire du type épithélial cylindrique, très infectante en profondeur.

Le 2 décembre, M. le Dr Goullioud nous envoie les renseignements suivants :

Nouvelles en décembre 1891. Les pertes n'avaient pas repris, mais souffrait un peu dans le ventre.

Depuis, pas de nouvelles.

(in Bisch)

Observation XVII (résumée).

Hystérectomie vaginale pour début d'épithélioma endométritique, par le Dr Petit (Nouvelles archives d'obstétrique, 1891, pag. 565).

Mme A... 46 ans, couturière. — Mère morte 64 ans, à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire. Père mort à 57 ans d'obstruction intestinale et un frère à 58 ans, à la suite d'hémorragie par la bouche. — Un autre frère de 54 ans et 2 sœurs, l'une de 68 ans, l'autre de 60 ans, sont vivants et bien portants.

Menstruée depuis 15 ans, abondamment, sans douleurs, et très régulièrement dès le début. — Mariée à 32 ans. Enceinte au bout de 4 mois, elle fait une fausse couche de 2 mois. Quatre ans après, grossesse à terme, accouchement normal.

A 25 ans, varicelle et, il y a 2 ans, influenza. A part ces 2 maladies, jusqu'au mois d'Août dernier, la santé générale était bonne et il en était pareillement de l'état génital ; les règles revenaient régulièrement tous les mois, duraient de 5 à 6 jours et en assez grande abondance — (5 serviettes dans les 24 heures).

Jamais de douleurs, ni à l'occasion des règles, ni dans leur intervalle ; pas de pertes blanches.

Au mois d'août dernier, les règles durent 16 jours, puis la malade demeure 3 mois sans voir. Au mois d'octobre, nouvelle métrorrhagie de 12 jours. — Durant les 6 mois qui suivent, les règles reviennent à peu près comme d'habitude. Le 18 mai, la malade consulte pour la première fois. Depuis l'année dernière, la malade a considérablement maigri et d'une façon progressive ; elle est actuellement très affaiblie.

Examen du 3 juin. — Femme aux joues creuses, aux chairs flasques, s'essoufflant au moindre effort ; suintement de sang, sans aucune odeur, du reste, par l'orifice du col, qui présente à son pourtour une surface d'un rouge sombre, nettement limitée aux di-

mensions d'une pièce de 2 francs environ, sèche, non ulcérée, absolument lisse et donnant au doigt une sensation spongieuse, sans que l'ongle qui le déprime avec facilité, puisse en détacher aucun débris apparent. Il y a évidemment là des modifications assez particulières que nous n'avons jamais rencontrées dans l'endométrite et qui donnent l'idée d'un tissu érectile ou du moins très vascularisé. Grâce à la souplesse de la paroi abdominale, le palper combiné donne des renseignements très nets. Le corps de l'utérus est sensiblement augmenté de volume. Tout l'ensemble de l'organe jouit d'une parfaite mobilité et se laisse facilement abaisser ; pas trace d'induration, ni d'adhérences à son pourtour. Les annexes paraissent saines. Les fonctions du rectum et de la vessie sont normales, pas de douleurs spontanées, ni provoquées.

Par le curage explorateur, nous retirons du corps de l'utérus des débris peu volumineux, en partie caséiformes, ayant une odeur infecte. Nous aurions voulu faire également un curage et excision du col, mais la malade, très affaiblie, se plaignait beaucoup, et, pensant que les fragments recueillis suffiraient à asseoir notre diagnostic, nous fîmes suivre nos quelques coups de curette d'un badigeonnage intra-utérin au perchlorure de fer dans le but d'arrêter l'hémorragie qu'avait accentuée ce curage incomplet. Puis, la malade fut renvoyée chez elle avec avis de se maintenir au lit et de faire trois fois par jour des injections vaginales chaudes au sublimé à 1/3000.

Le 6 juin, nous examinons après préparation convenable les fragments enlevés.

L'ensemble de l'examen histologique était assez convaincant pour nous permettre de conclure d'une façon ferme à un début d'épithélioma endométritique. Nous fîmes confirmer notre diagnostic par le docteur Téloin.

Nous avons procédé à l'hystérectomie dès le 9 juin avec l'assistance de MM. Péchevin, Bonnet et Giraud. L'utérus s'abaissant bien, son extirpation a été rapide et facile, et nous croyons inutile d'y insister. L'ovaire et la trompe du côté gauche se présentant dans la plaie, nous les avons également enlevés ; nous avons laissé en place les annexes du côté droit. L'hémostase était parfaite et l'infection peu à craindre ; nous avons refermé la plaie, sans faire de drainage, à l'aide de deux fils doubles placés au cours de l'opération sur

les deux tranches vagino-péritonéales. La malade est actuellement aussi bien que possible et la guérison opératoire est assurée.

L'examen de la pièce et les préparations histologiques nous fournissent les renseignements suivants : l'utérus offre tout l'aspect de la métrite parenchymateuse chronique ; le corps de l'organe est absolument hypertrophié ; la paroi musculaire, d'apparence fibreuse, homogène d'ailleurs à la coupe, est de deux ou trois fois plus épaisse qu'à l'état normal ; la muqueuse qui la recouvre est également épaissie, un peu ramollie à la surface, mais ne semble ni végétante, ni ulcérée. Il est vrai qu'il faut tenir grand compte du curage partiel et surtout du badigeonnage caustique que j'ai pratiqué dix jours avant l'extirpation. Il est impossible, à l'examen du museau de Tanche, de se rendre compte des particularités qu'il offrait pendant la vie et qui ont disparu avec la turgidité vasculaire ; actuellement, à la vue comme au toucher, il semble à peu près normal. La muqueuse cervicale, infiltrée de pigment sanguin, assez épaisse et parsemée de nombreux œufs de Naboth, est en contact avec une zone de tissu qui, par sa couleur plus blanche et sa densité, tranche sur le reste de la paroi.

Observation XVIII.

Épithélioma primitif de la muqueuse du corps utérin, diagnostiqué par la dilatation.
(Par les Docteurs Duret et Lancial, *in* Thèse Peteghem, Paris, 1893).

Mlle O. ., 77 ans, santé excellente jusqu'à la ménopause, survenue vers l'âge de 50 ans. A ce moment, durant 3 mois, des métrorrhagies presque continuelles qui nécessitent le repos au lit.

Puis, les hémorragies cessèrent et la malade revint à un état de santé des plus florissants.

En avril 1891, c'est-à-dire près de 15 ans après les accidents de la ménopause, sans éprouver la moindre douleur, elle eut de nouvelles métrorrhagies, peu abondantes, mais presque continues.

Un médecin, consulté au mois d'octobre de la même année, pratique l'examen au spéculum et diagnostique un petit polype intra-utérin, faisant saillie dans la cavité du col.

Aucune mauvaise odeur, le sang qui venait de l'utérus était rouge, quelquefois mêlé à des caillots noirâtres.

On pratique quelques cautérisations intra-utérines avec le crayon de nitrate d'argent. Au bout de quelques semaines, le médecin retire sans effort et sans provoquer de douleur une petite masse polypeuse du volume d'une noisette, présentant une coloration noirâtre due sans doute à la cautérisation par le nitrate d'argent.

La malade ne garda le repos que six jours à la suite de cette première intervention.

Comme l'hémorragie continuait malgré cela, la malade vint à Lille consulter le Dr Duret.

A l'examen, col petit, conique, sans aucune altération apparente, aucune ulcération. Ecoulement sans odeur caractéristique. La santé de la malade n'est pas altérée notablement.

Par le palper bi-manuel, pas d'augmentation du volume de l'utérus ; celui-ci mesure 7 1/2 à l'hystéromètre. L'instrument revient un peu couvert d'un sang noirâtre. M. Duret hésite entre une endométrite simple et un épithélioma.

Dilatation aux sondes d'Hégar.

On est frappé de la friabilité du col, mais seulement dans sa partie profonde. L'orifice externe résiste au passage des sondes, mais l'orifice interne cède avec la plus grande facilité, et on a la sensation d'une déchirure. Aussi la dilatation est-elle arrêtée dès qu'une curette de moyen volume peut pénétrer.

Celle-ci ramène des fongosités d'aspect cancéreux et il semble qu'elle pénètre dans une cavité, un ulcère cancéreux qui siège dans l'isthme et dans la partie inférieure de la face postérieure du corps de l'utérus. En même temps, il s'écoule un sang noirâtre sanieux. Le reste de l'utérus a la consistance normale. Curettage prudent.

Les jours suivants, il s'écoule une sanie roussâtre, mais l'âge avancé et le refus de la malade firent rejeter l'hystérectomie totale.

La malade fut adressée vers la fin de février par le docteur Duret au docteur Samuel, d'Arras. Ce dernier constate alors l'existence de quelques ganglions dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. L'état général est resté assez bon, la malade se lève une grande partie de la journée et mange avec appétit. Légère constipation ; l'examen au spéculum montre que le col utérin a conservé son aspect normal, mais par son orifice suinte un peu de liquide roussâtre, d'odeur très fétide. Le toucher bi-manuel ne permet pas de constater une augmentation notable du

corps utérin, mais détermine de la douleur. Celle-ci se manifeste d'ailleurs spontanément depuis quelques semaines et est calmée par l'antipyrine à la dose de 1 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures.

Au mois d'avril, 3 grammes.

Au mois de juin, 4 à 5 grammes.

Au mois d'août et jusqu'à la mort, 7 à 8 grammes.

sans provoquer de troubles digestifs. Malgré les injections antiseptiques et l'usage de poudre désinfectante, il était difficile de supprimer l'odeur infecte des pertes.

En août 1892, quinze mois après le début de la maladie, l'appétit existait encore, mais les forces diminuaient. Le faciès resté bon jusque-là, prenait une teinte cachectique ; l'œdème apparaissait aux malléoles et les douleurs hypogastriques, plus fréquentes, plus tenaces, n'étaient calmées que par l'absorption de 7 à 8 grammes d'antipyrine par jour. Le diagnostic d'épithélioma primitif de la muqueuse du corps de l'utérus établi par le docteur Duret s'est donc confirmé amplement dans la suite par les pertes fétides, la dégénérescence ganglionnaire et l'état cachectique.

Le docteur Lancial fut appelé précipitamment dans la matinée du 14 septembre auprès de la malade, qui était prise de vomissements porracés, de ballonnement du ventre et de tous les symptômes du début de la péritonite. C'est à cette complication que succomba la malade 2 jours plus tard.

Observation XIX.

Cancer du corps de l'utérus, par le Professeur Poncet.
(Pièce présentée par M. Dor, interne. Lyon médical, n° 7, 1892).

M. Dor, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant du service de M. le professeur Poncet.

Un utérus atteint de cancer du corps enlevé la veille par la voie vaginale chez une malade de 44 ans. Cette malade n'avait pas encore atteint la ménopause ; depuis un an elle souffrait de métrorrhagies très abondantes, qui l'avaient profondément anémiée ; le premier diagnostic posé avait été métrite hémorragique de la ménopause, parce qu'en général le cancer du corps se développe après la cessation des règles ; mais, en introduisant le doigt dans l'utérus préa-

lablement dilaté au moyen de sondes d'Hégar, on put sentir très nettement un cancer et retirer par la curette de petits fragments qui ont été examinés au microscope.

Observation XX (résumée).

Carcinome végétant du corps de l'utérus, par Demons. (Gazette hebdomadaire de Bordeaux, octobre 1896).

Mme S..., 59 ans, entrée à l'hôpital le 9 décembre 1895 pour de petites pertes utérines. Apparence d'une excellente santé, quelques légères attaques de rhumatisme. Antécédents indemnes.

Réglée à 15 ans, menstruation régulière jusqu'à 45 ans. Mariée à 18 ans, 2 enfants, grossesses à terme et normales, 2 fausses couches, l'une à 5 mois, l'autre à 3 mois (à 34 et 45 ans).

Depuis 45 ans, menstruation irrégulière, tous les deux ou trois mois avec leucorrhée dans l'intervalle.

A 55 ans, arrêt complet de la menstruation pendant 10 mois, puis nouvelle apparition de pertes de sang continues, peu abondantes et sans odeur.

Pas d'amaigrissement. Pas de douleur dans le ventre.

Examen local. — Col assez élevé dans le vagin, consistance normale. Toucher combiné au palper, corps utérin volumineux ; régulier, mobile, particulièrement mou, pas d'odeur ; culs-de-sac vaginaux libres.

Dilatation aux laminaires qui permet l'examen chloroformique le 18 décembre. Paroi abdominale facilement dépressible, le fond de l'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. Corps utérin mou et parfaitement mobile.

Dans la cavité utérine, tumeur irrégulière de consistance mollasse, très friable ; aussitôt qu'on en retire le doigt, il s'écoule par le vagin une matière grumeleuse, décoloration violacée qui confirme le diagnostic de néoplasme.

Séance tenante, hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen.

Durée de l'opération, 10 minutes.

Suites de l'opération des plus simples. Guérison. Sortie de la malade le 20 janvier.

Examen microscopique de la pièce. — Utérus de 10 centimètres

de longueur ; paroi de 1 cent. 1/2 d'épaisseur, cavité tomenteuse et présentant dans le fond une masse champignonneuse, fongueuse, de coloration blanc rosée implantée sur une base de sept centimètres. Une deuxième tumeur ayant tous les caractères de la première, mais très petite, à peine large comme une pièce de 1 franc et implantée sur le côté gauche.

Col sain, ovaires atrophiés, fibromyome pédiculé au voisinage de l'utérus à gauche.

Examen microscopique. — La tumeur est un carcinome encéphaloïde, à type végétant, dont le développement semble s'être fait surtout aux dépens de la partie intérieure du corps de l'utérus.

Observation XXI (résumée).

Epithélioma du corps utérin. — Hystérectomie abdominale totale, par Terrier. (Revue de Chirurgie, décembre 1897).

Chad... Anne, femme Perr..., 56 ans, femme de ménage.

Diagnostic. — Epithélioma du corps utérin.

Antécédents. — Il y a cinq ans, douleurs vives dans la région hypogastrique, s'irradiant dans les flancs et le périnée. En même temps, apparition de pertes sanguines d'abord peu abondantes.

En peu de temps les douleurs augmentèrent d'intensité, sans cependant condamner la malade au repos ; les pertes devinrent plus abondantes : ces dernières étaient à peu près régulières, se présentant deux ou trois fois par mois et durant chaque fois quatre à cinq jours.

Etat général mauvais, amaigrissement, cachexie, teinte jaune paille des téguments, appétit nul, diarrhée fréquente.

Etat actuel 25 *avril* 1896. — Col régulier, conique, orifice petit, regardant en avant, culs-de-sac souples ; corps gros continue la direction du col, volumineux, sans bosselures, du volume du poing, mobile.

Opération du 30 *avril* 1896. — Hystérectomie abdominale totale. — Après ouverture de l'abdomen, on arrive sur l'utérus, qui offre le volume du poing. On l'enlève avec le col, par le procédé de H. Délagenière.

Durée de l'opération, une heure.

Examen de la pièce. — Epithéliome du corps, ayant respecté le col.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort, en parfait état, le 21 mai 1896. Bon état général.

Au 15 septembre 1896, la malade examinée par mon ancien interne M. le Dr Dugon, se porte très bien ; nous avons reçu de ses nouvelles le 8 octobre 1897 : elle est engraissée et se porte encore fort bien.

Observations XXII et XXIII (résumées).

Deux hystérectomies vagino-abdominales de nécessité pour épithélioma primitif du corps de l'utérus, dont un à type dur, par le Dr Vitrac (Gazette hebdomadaire de Bordeaux, mai 1897).

Observation xxii. — Marie L..., cultivatrice, 42 ans ; entrée le 10 décembre 1896, se plaint d'hémorragies. Apparence d'une santé robuste, malgré une teinte anémique assez prononcée. Pas d'antécédents intéressants ; bonne santé habituelle.

Réglée à 13 ans, deux grossesses à 20 et 22 ans, dans de bonnes conditions. Les règles ont eu jusqu'à 34 ans une durée de trois à quatre jours, bien régulières, sans douleurs : leucorrhée habituelle et peu abondante, mais de 34 à 40 ans, date de la ménopause, survenue sans incident, la menstruation subit une modification notable ; règles irrégulières (1 à 4 mois de retard), très abondantes, mais toujours pas de phénomènes douloureux ; pas de troubles de la miction, pas de modification des pertes blanches, pas d'augmentation constatée du volume du ventre. Ménopause. Pendant 18 mois, aucun symptôme particulier.

La malade fait remonter les premiers signes de sa maladie à 1896, au mois de février.

A cette époque, Marie L... commence à perdre du sang en petite quantité et chaque jour ; pas de douleurs ; il y a quatre mois, les hémorragies, augmentant, donnent le signal de quelques phénomènes douloureux, peu intenses d'abord ; localisés à gauche ; depuis deux mois, ce sont de véritables coliques expulsives, calmées par l'issue de caillots volumineux, gros comme un œuf. Jamais de pertes séreuses fétides. Pas d'atteinte notable à l'état général ; pas de

troubles de la miction ; pas d'exagération d'une constipation habituelle.

En somme, sur 10 mois de maladie, 6 mois de pertes rouges légères, 4 mois d'hémorragies et, comme phénomènes douloureux, après quelques gènes dans le flanc gauche, deux mois de douleurs à type expulsif.

Le corps utérin, dur, régulier, remontait jusqu'à six centim. au-dessus du pubis ; le palper, non douloureux, ne permettait pas d'apprécier la situation des annexes. Pas de meilleurs renseignements pour le toucher, qui dénotait, outre le volume et la consistance très dure de l'utérus en position normale, le parfait état du col lui-même, lisse et résistant, le col était haut, mais l'utérus descendait assez facilement. L'hystéromètre ne peut pénétrer dans l'utérus.

L'idée d'une métrite sénile était écartée par les seuls signes physiques, qui révélaient l'existence d'un utérus formant tumeur, mais entre un petit fibrome et un épithélioma du corps comment décider ? Le volume, la consistance surtout de l'utérus, le caractère assez spécial des douleurs, le souvenir d'hémorragies qui avaient, pendant six ans, précédé la ménopause, voilà quelques signes en faveur d'un fibrome, et, cependant, la femme, quoique jeune, avait dépassé le ménopause, et la marche graduelle et progressive de la maladie éveillait l'idée du cancer.

L'hystérectomie vaginale fut proposée. Mais l'opération, commencée par le vagin, dut être terminée par l'abdomen, le fond de l'utérus dur restant fixe, très haut et le vagin étant très étroit. L'appendice iléo-cæcal était largement et solidement adhérent à l'utérus ; il fallut le réséquer. Drainage vaginal. Suites d'opérations excellentes. Guérison.

Examen de la pièce. — Sur la pièce fraîche, les annexes étaient normales ; l'utérus plus gros que le poing ; plus élargi qu'allongé. La consistance était dure et régulière partout ; la coupe rappelait, dans les points non envahis, celle d'un fibrome interstitiel.

En deux endroits seulement, la muqueuse était altérée :

1° Au voisinage de l'isthme, où existait une traînée de matières fongueuses, peu saillantes ;

2° Sur le même côté du corps où les fongosités étaient plus volumineuses, saillantes dans la cavité et paraissant s'enfoncer dans le parenchyme musculaire. Les deux foyers pathologiques étaient

dans le prolongement l'un de l'autre, juxtaposés et non confluents, ayant chacun environ deux à trois centim. d'étendue, en sorte que, dans cet utérus, qui est plus que doublé de volume, les altérations visibles de la muqueuse n'étaient pas capables d'expliquer cette augmentation de volume.

Il était difficile de conclure, sans examen microscopique, si l'on était en présence d'un très gros utérus atteint d'endométrite et de cancer, ou d'un utérus fibro-myomateux, atteint de métrite fongueuse ou du cancer. La première de ces opinions a été justifiée par l'analyse microscopique, pratiquée par le docteur Auché.

Examen microscopique (a). — Coupe de la paroi du col de l'utérus — il existe une métrite du col et profondément dans le tissu musculaire quelques amas épithéliomateux infiltrés entre les faisceaux musculaires.

(b). Coupe de la paroi du corps. — Elle révèle : 1° l'existence d'un epithélioma cylindrique, localisé dans le corps, au voisinage d'un foyer de métrite probablement de date ancienne, mais assez peu étendue et incapable d'expliquer par conséquent le volume et la consistance de la tumeur.

2° l'existence d'une véritable cirrhose musculaire facile à différencier de la dégénérescence fibro-myomateuse, forme de métrite hypertrophiante.

Cette observation prouve que, dans certains cas d'épithélioma, l'utérus cancéreux peut être très dur, échappant au caractère de mollesse spéciale que M. le professeur Demons considère comme caractéristique.

Observation XXIII. — Ce cas est plus classique survenu chez une femme de 66 ans, mariée, qui n'a jamais eu de grossesse.

Après une première apparition à 13 ans, les règles ont cessé pendant 18 mois ; puis la menstruation s'est établie régulièrement, les règles durent 6 jours, sans douleurs ; pas de leucorrhée.

A 48 ans, ménopause sans incidents. Aucune alerte pendant 4 ans ; c'est à 52 ans que le premier symptôme fut observé, consistant en un flux séreux, non fétide encore, mais très abondant. Puis ces pertes ont subi la série des modifications habituelles : séro-sanguinolentes, franchement hémorragiques parfois, avec des caillots fétides enfin depuis 10 mois.

C'est à ce moment, après plus de 3 ans de maladie, que Mme B... ressentit quelques douleurs. Plus tard elles devinrent plus violentes,

c'est ce qui l'engagea à voir, à Agen, un médecin qui pratiqua un curettage de l'utérus.

4 jours après cette opération, pertes sanieuses et hémorragies avaient reparu et les souffrances à peine au début prenaient un caractère plus constant, La malade maigrissait de plus en plus, (12 livres depuis 10 mois).

Le 18 janvier 1897, Mme B... entra à l'hôpital Saint-André, service de M. le Dr Lannelongue.

L'examen recela l'existence d'un utérus volumineux, débordant le pubis, mais dont la consistance n'avait rien de particulier, ni comme mollesse, ni comme dureté. Rien dans les fosses iliaques, col petit, utérus suffisamment mobile pour justifier l'intervention par la voie vaginale.

Mêmes difficultés d'opération que dans le cas précédent : vagin de nullipare laissant après libération du col un anneau étroit et inextensible — un utérus totalement envahi, mou, friable, avec des points de nécrobiose qui ne donnaient aucune prise pour le morcellement. Laparotomie qui permit d'enlever, après libération plus complète des culs-de-sac et section des ligaments larges, un utérus formant une grosse masse cancéreuse contenue dans une mince coque de tissu sain, mollasse sous la pression du doigt, extrêmement volumineux, mesurant près de 16 centimètres de hauteur.

L'hystérométrie, qui avait donné 8 1/2, pas plus que le palper, n'avait permis de supposer une pareille augmentation de volume.

La malade est actuellement, au 11e jour de son opération, en bon état, ayant heureusement supporté les conditions défectueuses d'une laparotomie, après ouverture d'un utérus en partie frappé de gangrène et ayant déversé des produits septiques dans le péritoine.

(Gazette hebdomadaire de Bordeaux, 23 mai 1897)

Observation XXIV.

Ueber gleichzeitiger Vorkommen von Carcinose und Sarkom in Uteruskorper, par le Dr Emanuel (Zeitchr. f. Geb. und Gyn, XXXIV, 1897).

Il s'agit d'une hystérectomie vaginale, pratiquée par Veit, chez une femme âgée de 47 ans, qui avait depuis un an un écoulement leucorrhéique et sanguinolent et qui souffrait de vives douleurs dans

le bas-ventre. — Le toucher intra-utérin avait démontré l'existence d'une tumeur, dont un fragment avait été enlevé et examiné au microscope. On avait diagnostiqué un sarcome à cellules rondes.

L'examen de l'utérus enlevé fut particulièrement intéressant. On trouva dans son intérieur une tumeur implantée sur la face postérieure et le fond de l'organe, de la grosseur d'un œuf, de consistance molle, lisse à sa surface : c'était le sarcome diagnostiqué avant l'opération.

Mais un examen microscopique montra que la muqueuse utérine tout entière était en même temps le siège d'une dégénérescence carcinomateuse.

Ce fait de la coïncidence du sarcome et du carcinome dans l'utérus est extrêmement rare.

Observation XXV.

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale (In thèse Pasquier, 1899).

Mme F..., âgée de 38 ans, exerçant la profession de couturière, entrée à l'hôpital le 28 avril 1897. Depuis un an elle avait de la dysménorrhée, des pertes de sang continuelles avec douleur à l'hypogastre s'irradiant dans les cuisses et à la région lombaire.

Cette femme avait été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans et depuis l'avait toujours été régulièrement. Les règles étaient abondantes avec une légère leucorrhée et très douloureuses au début.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, cette femme a eu le croup à l'âge de 3 ans, la scarlatine à 4 ans et une gastralgie à 20 ans. Elle n'a pas eu de grossesse.

Au mois de novembre 1896, les pertes devenant continuelles et les douleurs augmentant, la malade est obligée de s'aliter. L'état général est cependant resté assez bon, il n'y a pas de constipation ni de troubles urinaires.

En examinant la malade par le toucher, on trouve le col petit, cylindrique, de consistance normale, placé très en avant sous la symphyse pubienne ; son orifice est étroit et circulaire.

Le cul-de-sac antérieur et les culs-de sac latéraux sont libres,

L'utérus étant en rétroflexion, on trouve dans le cul-de-sac postérieur le fond de l'utérus sous forme d'une tumeur nettement séparée du col par un sillon assez profond, beaucoup plus gros qu'à l'état normal et douloureux à la pression.

Examen de la pièce. — Utérus volumineux ; carcinome végétant de la cavité utérine occupant le fond et les deux parois, antérieure et postérieure.

Les annexes étaient indemnes.

Nous avons pu, grâce à l'obligeance du Dr Joüon, médecin de cette malade, avoir des renseignements sur elle. Revue au mois d'avril 1899, il n'y avait pas trace de récidive et la malade est en excellente santé, se livrant sans fatigue ni douleur à ses occupations habituelles.

Observation XXVI.

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale (In thèse Pasquier, 1899).

Mme C..., âgée de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 4 juin 1898.

Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, elle se marie à 28. Ménopause à 47 ans.

Depuis le mois de mai 1898, la malade perd constamment un liquide épais et jaunâtre d'odeur infecte, auquel sont mêlés des caillots de sang noirâtre. Toutefois la malade n'a jamais beaucoup souffert ; elle ressent seulement de temps à autre quelques coliques.

Quoique la malade ait conservé un très bon appétit et ne vomisse jamais, elle a maigri cependant depuis un an.

A l'examen, les ganglions inguinaux sont volumineux. Au toucher, le col est gros et friable ; si on combine le palper, on constate que le corps de l'utérus est volumineux.

Intervention le 11 juin 1898.

Anesthésie au chloroforme.

Après antisepsie du champ opératoire, la malade est placée dans la position de Trendelemburg, et on pratique l'hystérectomie abdominale totale.

Examen de la pièce. — Extérieurement, l'utérus paraît sain

quoique très augmenté de volume. On trouve dans sa cavité et insérée sur la paroi postérieure une masse carcinomateuse, en voie de dégénérescence et d'odeur fétide.

Le soir, la malade va aussi bien que possible ; elle n'a pas vomi et la température est de 37°.

Le 12 juin, l'état excellent de la veille se maintient, ainsi que le 13 juin.

Le 15 juin, on enlève le tamponnement vaginal.

La malade continue à s'améliorer les jours suivants et sort guérie le 27 juin.

Observation XXVII.

Epithélioma du corps utérin. — Hystérectomie abdominale totale, par le Dr Terrier (Revue de Chirurgie, décembre 1898).

C..., femme L..., 51 ans, surveillante des hôpitaux.

Diagnostic. — Epithélioma du corps utérin.

Antécédents. — Toujours bien réglée jusqu'en octobre 1894 ; à ce moment, les règles s'arrêtent brusquement, puis apparaissent huit jours après, et depuis ce moment, métrorrhagies presque continuelles.

Décembre 1894, curettage par le Dr Segond ; arrêt des hémorragies pendant 6 semaines, puis reprise comme avant.

Depuis six mois, liquide séreux mêlé au sang, quelques douleurs lombaires.

État actuel. — Au toucher, col normal, le corps semble augmenté de volume. Opération le 29 mars 1898. Hystérectomie abdominale totale.

Laparotomie médiane ; ablation des annexes des deux côtés ; hystérectomie totale par le procédé habituel. Durée de l'opération : 2 heures.

Suites opératoires : Le 30 mars, injection de sérum ; le 31 mars, température 40°,2. Pas de douleurs abdominales ; le ventre n'est pas ballonné, mais beaucoup de râles dans toute l'étendue des deux poumons et de la congestion aux deux bases.

Pas d'autopsie.

Observation XXVIII.

Observations de la clinique de Freund, 1897-1898.

Observation 1. — Femme de 48 ans. Deux enfants. *Cancer du corps de l'utérus* ayant débuté il y a un an ; utérus très volumineux, ce qui décide l'opérateur à recourir à la voie abdominale. Hystérectomie abdominale totale après incision du vagin autour du col ; ligatures de la base des ligaments larges par le vagin. Guérison. Exeat au bout de 20 jours.

Observation 2. — Femme de 54 ans. *Cancer du corps de l'utérus.* Vagin étroit ; utérus gros et peu mobile. Hystérectomie abdominale totale, après incision du vagin autour du col. Guérison.

Observation 3. — Femme de 53 ans. Ménopause depuis 4 ans. Deux enfants. *Cancer du corps de l'utérus.* Vagin étroit. Hystérectomie totale après incision du vagin ; ouverture du cul-de-sac de Douglas ; dissection de la vessie ; renversement du moignon dans le vagin ; suture du col ; drainage péritonéal. Guérison.

Observation 4. — Femme de 54 ans. Ménopause depuis 4 ans. Pertes fétides depuis 6 mois. Pas d'enfant. *Cancer du corps de l'utérus.* Hystérectomie abdominale totale. Incision du vagin ; ouverture du Douglas et renversement du moignon dans le vagin. Guérison.

Observation 5. — Fille G... Deux sœurs de la malade ont été déjà opérées pour carcinomes du corps.

Cancer du corps de l'utérus compliqué d'un *fibrome* gros comme une tête d'enfant. Hystérectomie abdominale totale typique (sans manœuvre par la voie vaginale) ; le vagin est tellement étroit et le col si haut placé, qu'il était impossible de songer à intervenir par en bas. Suites simples. Guérison.

Observation 6 (1898). — Femme de 57 ans. *Cancer situé au-dessus du col utérin.*

Le 24 janvier, incision circulaire du vagin ; hystérectomie abdominale totale après décollement des adhérences. Après ligature des utéro-ovariennes, on circonscrit l'utérus et les ligaments larges au moyen d'une grande incision, on enlève tout le tissu cellulaire jusqu'au niveau de l'uretère droit ; on constate que la

tumeur ne dépasse pas l'utérus; on ne trouve pas de ganglions; à la fin de l'opération, l'uretère droit se montre en un point assez limité; quant à l'uretère gauche, il demeure invisible.

Durée de l'opération 1 h. 1/4; pas d'incidents.

Le soir nausées, anurie absolue.

Le 25, l'anurie persiste malgré des injections de sérum artificiel : — Pouls à 100-120 ; température 37°,8. — Pas de céphalalgie ; nausées; pas de douleurs lombaires.

A 11 heures du matin, on ouvre le ventre; on trouve un peu de sang liquide dans le Douglas.

Du côté droit on défait la suture péritonéale pour découvrir l'uretère qui se présente sous la forme d'un cordon à peine gros comme le petit doigt et légèrement tordu, mais sans aucune dilatation appréciable; on le suit jusqu'au niveau du bas fond vésical, et en aucun point de son trajet on ne trouve de ligature.

Le chirurgien se décide alors à pratiquer une petite ponction de l'uretère, ce qui donne issue à un tout petit peu d'urine ; on introduit alors dans le bout inférieur une sonde fine qui est arrêtée au niveau du point où l'artère utérine correspondante a été liée et sectionnée.

Impossible de faire pénétrer la sonde dans la cavité vésicale.

A gauche, on se livre aux mêmes manœuvres et l'on obtient exactement le même résultat. Le chirurgien se décide alors à pratiquer l'urétéro-cysto-néostomie bilatérale; il pratique un orifice sur la paroi vésicale et abouche l'uretère droit sectionné ; à la suite de cette anastomose, l'uretère se trouve fortement tendu.

A gauche, l'auteur essaie de pratiquer le procédé de cysto-néostomie de Bayer ; il ouvre la vessie, mais il lui est impossible de fixer l'uretère à cette ouverture à cause de la friabilité des parois urétérales et de l'insuffisance de la longueur du bout supérieur, il se décide alors à fixer l'uretère à la paroi abdominale.

On a introduit une sonde dans la vessie et une autre dans l'uretère gauche.

Le 26, on trouve un peu d'urine épanchée dans le lit ; il s'écoule peu d'urine par la sonde à demeure vésicale ; pas d'urine par l'uretère fixé à la paroi abdominale.

4 février. — Congestion pulmonaire de la base droite. Un peu de fièvre.

Le 6. — La malade urine abondament sous elle : cette urine vient du vagin; on suppose que la suture de la 2e ouverture faite à la vessie (pour boucher l'uretère gauche) n'a pas tenu.

Le 8, état général médiocre.

Le 18. — La malade demande à retourner chez elle ; on la laisse partir dans un état assez peu satisfaisant.

Mort, au bout de 3 semaines, de septicémie.

(Annales gynécologiques, tome II, juin 1899).

Picqué et Mauclaire.

Observation XXIX.

Cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale, par Picqué et Mauclaire (Annales de Gynécologie, 1899).

Joséphine C... âgée de 56 ans, entre le 16 novembre, lit n° 13 à l'hôpital Dubois.

Antécédents. — Père mort d'un cancer de la langue ; mère morte d'une affection cardiaque ; une sœur a succombé à un cancer utérin.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Époques régulières, peu abondantes, mariée à 16 ans, 4 enfants et une fausse couche.

Nervosisme très marqué. — A 35 ans elle est atteinte d'hyperchlorhydrie et subit un amaigrissement de 40 livres. Depuis quelques années, la malade est soumise au régime lacté exclusif.

Il y a quelques mois, pertes de sang continuelles qui n'ont pas disparu. Douleurs rénales marquées. Pas d'amaigrissement, obésité encore très marquée.

État actuel. — L'utérus est peu volumineux. Rien d'appréciable dans les annexes. Le col est normal. — Un curettage explorateur amène un tissu qui, à première vue, rappelle le cancer.

Les préparations histologiques sont soumises à M. Ménétrier, qui ne croit pas devoir se prononcer. — M. Dazonet confirme de son côté le diagnostic d'épithélioma porté dans le laboratoire de M. Picqué par M. Macé.

L'hystérectomie est dès lors pratiquée le 1er décembre par M. Mauclaire, aidé de M. Picqué et des internes du service : L'utérus est très profondément situé et entouré d'adhérences qui sont détachées

avec facilité : il est ramené aisément au dehors, mais son tissu est très friable et il n'est pas facile de le fixer à l'aide d'une pince. Recherche et ligature facile des utérines. L'utérus est enlevé par le procédé américain, mais la portion sus-vaginale du col est très friable et se déchire en partie ; ce n'est qu'avec la plus grande difficulté que l'utérus est enlevé en totalité. Recherches de ganglions ; à droite, il n'en existe pas ; à gauche M. Mauclaire croit trouver un ganglion au niveau de la bifurcation de l'iliaque interne, mais la malade est très grasse, et M. Picqué, n'ayant pas la même sensation, conseille de ne pas prolonger l'opération. — Drainage vaginal à la gaze ; drainage abdomino-vaginal avec un tube en caoutchouc. L'opération a duré 3/4 d'heure. Les jours suivants, on constate un peu de sphacèle dans le trajet abdominal et sur la muqueuse vaginale. — Un écoulement très fétide s'écoule par la vulve. De grands lavages au permanganate sont institués qui semblent tout d'abord donner de bons résultats, mais le sphacèle s'étend et la malade succombe le 5e jour, après avoir présenté des phénomènes de septicémie.

Observation XXX.

Cancer du fond de l'utérus (Société des Sciences médicales. Séance de mai 1899)

M. Descos, interne des hôpitaux, présente un utérus cancéreux au niveau du corps, enlevé par Jaboulay dans les conditions suivantes. Il s'agissait d'une femme venue pour des hémorragies utérines persistantes, sans signes nets de cancer. Un curettage permet de retirer des masses suspectes ; des phénomènes infectieux étant survenus à la suite de cette première intervention, une hystérectomie vaginale pratiquée rapidement arrêta les accidents péritonéaux et permit d'extraire l'utérus, dans lequel un cancer existait au niveau du fond.

(La malade est actuellement guérie).

Observation XXXI.

Observations de M. Segond (In thèse Bigeard, 1899).

Observation 1 (résumée). — Cancer du corps de l'utérus H.-V., 1888. — Mort due à un pincement de l'intestin grêle.

Mme X..., 54 ans, nullipare. Ménopause à 50 ans. Depuis deux ans, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre.

Des pertes de sang, avec abondant écoulement séro-sanguinolent, ont commencé il y a quatre mois. Douleurs violentes et amaigrissement très prononcé.

Examen rendu très difficile par l'étroitesse du vagin. Sous le chloroforme, on constate que le col est indemne, l'utérus volumineux, dépassant de deux doigts la symphyse pubienne. Le ligament large droit est un peu induré. Mobilité utérine conservée.

Hystérectomie vaginale le 23 août 1888.

Suites opératoires. Le quatrième jour, le ventre se ballonne, des matières fécales s'écoulent en grande quantité par le vagin ; elle meurt dans la soirée.

Autopsie. — Eschare de l'intestin grêle produite par une pince.

Observation 2 (résumée). — Cancer du corps : forme polypeuse H.-V. 1890. — Revue en très bonne santé 9 ans après l'opération.

Mme L..., 60 ans., II-pare. Ménopause à 52 ans. Pendant les sept ou huit années qui ont précédé la cessation de ses règles, la malade eut des métrorrhagies fréquentes et abondantes. Il y a deux ans, réapparition des métrorrhagies, en même temps pertes d'eaux rousses, fétides. Depuis lors, douleurs violentes, expulsives avec irradiations dans les cuisses et dans les reins, ne permettant aucune minute de repos. Elles ne sont plus calmées par la morphine. L'appétit a disparu.

Le 30 janvier 1890, curettage qui ne produit aucun soulagement.

L'utérus est gros, mobile : col sain, entre ses lèvres masse fongueuse qui ressemble à un polype sphacélé.

Hystérectomie vaginale le 18 avril 1890.

L'examen histologique démontra la nature épithéliale de ce polype implanté sur le fond de l'utérus.

Revue en février 1894 et en janvier 1897 en parfait état. Actuellement, elle est bien portante, sans récidive, c'est-à-dire neuf ans après l'opération.

Observation 3 (résumée). — Cancer du corps avec petit fibrome. H.-V., 1890. Sans ablation d'annexes.— Etat de santé parfait 4 ans et 4 mois après l'opération.

Mme D..., 60 ans. Ménopause à 54 ans. Aucun passé génital.

Il y a six mois, apparition de coliques violentes avec douleurs lombaires intenses. En même temps, métrorrhagies presque continuelles et, dans l'intervalle, pertes séro-sanguinolentes fétides.

Le 3 juin 1890, M. Segond lui fait un curettage explorateur, les débris examinés par M. Cornil lui permettent de conclure à l'épithélioma.

Hystérectomie vaginale le 6 juin 1890.

Observation 4 (résumée).— Cancer du corps H.-V., 1890.— Guérison opératoire.

Mme L..., 58 ans. Le diagnostic fut fait au moment de l'intervention par le curettage et le toucher intra-utérin, qui décela un énorme champignon implanté sur le fond de l'utérus. Le col est sain.

Hystérectomie vaginale le 24 septembre 1890.

A l'examen histologique : Carcinome.

Observation 5 (résumée). — Cancer du corps avec 4 petits fibromes du volume d'une noix, H.-V., 1890.— Survie de 2 ans et 9 mois.

Mme M..,, 60 ans, multipare. Ménopause à 45 ans.

A 60 ans, apparition de métrorrhagies et dans l'intervalle écoulement fétide séro-purulent. Le toucher intra-utérin après dilatation fait reconnaître la présence d'un polype mou implanté sur le fond de l'organe.

Hystérectomie vaginale le 27 décembre 1890.

Observation 6 (résumée). — Cancer du corps H.-V., 1891 — Au bout de 5 mois constatation de la récidive, et au bout de 10, mort.

Mme N..., 39 ans, II-pare. Troubles de métrite depuis son dernier accouchement, qui eut lieu il y a quinze ans ; leucorrhée très abondante et règles prolongées.

Depuis novembre 1890, c'est-à-dire depuis quatre mois, les pertes de sang sont devenues profuses, même la malade a été forcée de s'aliter. Elle est très anémiée.

Col indemne, les lésions sont absolument localisées à l'utérus, il n'y a rien dans les parties voisines. On constate, en outre, l'existence d'un kyste de la paroi antérieure du vagin.

Hystérectomie vaginale le 24 février 1891.

La santé fut parfaite jusque dans le courant de juillet, puis, les hémorragies ayant recommencé, la malade alla en déclinant.

Elle mourut le 7 décembre 1891 avec des troubles péritonéaux. Donc, constatation de la récidive cinq mois après l'intervention et mort dix mois après l'opération.

Observation 7 (résumée). — Cancer du corps, H.-V., 1891. — Mort par récidive 1 an et 8 mois après l'opération.

Mme N..., 52 ans, II-pare. Ménopause à 46 ans.

Depuis huit mois, la malade a des métrorrhagies abondantes ; elles sont devenues quotidiennes depuis quatre mois.

Un premier curettage lui est fait à la fin de l'année 1891, l'examen des débris relève la nature néoplasique.

L'utérus est volumineux, mobile, les lésions sont limitées au corps, il n'y a rien au col.

La malade est morte en novembre 1892, après de longues et intolérables souffrances. Nous ne pouvons fixer la date d'apparition de la récidive. La survie, après l'opération, fut de 1 an et 8 mois.

Observation 8 (résumée). — Cancer du corps, forme polypeuse, H.-V., 1891. — La récidive apparaît 7 ans après l'opération.

Mme D..., 51 ans. Néoplasme du corps. Le col est intact. Le curettage précédant l'hystérectomie montre une cavité corporelle rem-

plie par une masse néoplasique qui vient, comme un polype, faire saillie dans la cavité du col.

Hystérectomie vaginale le 1er octobre 1891.

M. Segond revit la malade en février 1894, en parfait état. Actuellement, en février 1899, la santé générale est encore bonne, mais depuis six mois M. Segond constate une récidive au niveau de la cicatrice. La malade reste donc 7 années sans récidive, et ce n'est qu'après la septième écoulée que la récidive se montra.

Observation 9 (résumée). — Pyosalpinx double. — Cancer du corps de l'utérus. Opération de Péan. — Guérison.

Mme N..., 42 ans. Service de M. Nicaise, à l'hôpital Laënnec.

Diagnostic posé : Pyosalpinx double, datant de plusieurs années.

Hystérectomie vaginale, 29 avril 1892.

Guérison opératoire. La malade n'a pas été revue.

Observation 10 (résumée) — Cancer du corps et petit fibrome interstitiel, H.-V., 1892. — Mort par récidive 7 mois après.

Mme G..., 51 ans.

Cancer du corps, Epithélioma et petit fibrome interstitiel. Hystérectomie vaginale le 24 août 1892. Durée : trois quarts d'heure.

La malade mourut de récidive au niveau de la cicatrice, le 8 mars 1893.

La récidive se montre 5 mois après et la mort arrive au dixième mois.

Observation 11 (résumée). — Cancer du corps avec polype de la cavité cervicale, H.-V., 1892. — La récidive se montre 5 mois après et la mort arrive au 10e mois.

Mme L..., 53 ans, II-pare. De 1885 à 1890 l'apparition des règles fut très irrégulière ; elle restait trois à quatre mois, même six mois sans les voir.

Durant l'année 1890, donc à 51 ans, elle eut des métrorrhagies très abondantes, qui cessèrent en partie dans le cours de l'année 1891,

En même temps des douleurs lombaires et dans la fosse iliaque droite se montrèrent. En janvier et février 1892, les métrorrhagies reprirent et furent suivies d'un écoulement roussâtre. Le 2 avril

1892, un polype fibreux lui est enlevé à Saint-Louis ; les six mois qui suivirent, l'état de la malade fut excellent. Au mois d'octobre 1892, les douleurs réapparurent et devinrent violentes. Un écoulement blanc jaunâtre, sanguinolent, tachait ses linges. Métrorrhagies au mois de novembre. Un peu d'albumine et de pus dans les urines.

Curettage le 10 décembre 1892. L'hystéromètre donne 7 centimètres. La présence d'un polype fibreux engagé dans le col avait d'abord fait songer à une tumeur fibreuse, mais la grande quantité de fongosités accumulées dans le fond de l'utérus et ramenées par la curette permirent à M. Segond de porter le diagnostic de néoplasme.

Hystérectomie vaginale le 17 décembre 1892.

Jusqu'en mai 1893, l'état général de la malade s'était amélioré, sans que pourtant les douleurs dans la région rénale aient cessé.

A partir du 15 mai, les douleurs augmentèrent et se localisèrent dans le bas-ventre et le côté droit. Elle s'alita complètement au mois d'août, son ventre avait grossi surtout du côté droit et elle souffrait beaucoup. Elle mourut le 17 octobre 1893.

Observation 12 (résumée). — Cancer du corps, H.-V., 1893. — Revue 6 mois, après sans récidive.

Mme M..., 48 ans, IV-pare. Elle n'eut jamais de trouble du côté des organes génitaux. Début dans le courant de 1890 par des métrorrhagies abondantes ; en 1891, les pertes de sang devinrent continuelles, parfois deux à trois jours de répit pendant lesquels écoulements sanieux. A part un peu de faiblesse, la malade a gardé une bonne santé générale.

M. Segond lui fait un curettage le 10 janvier 1894. Au mois de février, les métrorrhagies deviennent très abondantes, accompagnées d'écoulement jaunâtre fétide.

Hystérectomie vaginale le 7 juin 1893.

Dans les suites immédiates nous avons à signaler une stomatite aphteuse au cinquième jour et qui guérit facilement, puis une hémorragie assez abondante le seizième jour après l'opération. Elle fut accompagnée de lipothymies, sueurs, tendances au refroidissement.

La malade fut revue en novembre 1893, sans trace de récidive.

Observation 13 (résumée).— Cancer du corps, H.-V., 1893.— Guérison opératoire.

Mme B..., 48 ans, I-pare. La malade a toujours eu des pertes blanches.

Il y a vingt mois, la malade fut prise subitement de douleurs abdominales très vives, beaucoup plus marquées du côté gauche, avec irradiations dans les cuisses. Ces douleurs apparaissent durant les règles. Ces dernières ont augmenté de durée et elles sont suivies d'un écoulement jaunâtre, peu fétide. Ces troubles persistent avec très peu de répit. Elle a conservé un aspect robuste. A l'examen, on trouve un utérus gros, mobile. Le col est dur, entr'ouvert, avec ectropion de la lèvre antérieure.

Hystérectomie vaginale le 30 août 1893.

Guérison opératoire.

Observation 14 (résumée). — Cancer du corps avec fusée dans le ligament large, H.-V., 1893. — Mort le 5e jour, par péritonite.

Mme G..., 58 ans ; V-pare, Ménopause à 51 ans.

Le début remonte à deux ans ; c'était une fatigue générale de la perte d'appétit, de l'amaigrissement et une sorte de pesanteur dans le bas-ventre. Dans le courant de 1892, des hémorragies avaient fait leur apparition. Puis l'écoulement devint séro-sanguinolent, d'odeur fade, bientôt infecte.

Un curettage lui fut fait en avril 1893 ; puis en mai 1893 un second.

Depuis il y a eu une diminution progressive des pertes ; actuellement elles sont presque nulles. Les douleurs, au contraire, sont très violentes, à localisation dans l'hypogastre et dans les reins.

A l'examen, on trouve un utérus globuleux augmenté de volume, de la grosseur du poing. Il est mobile. Le col non ulcéré est entr'ouvert, l'hystéromètre mesure 9 centimètres.

Hystérectomie vaginale le 11 novembre 1893.

Morte le quatrième jour de péritonite.

Observation 15 (résumée).— Cancer du corps, H.-V., 1894.— Guérison opératoire,

Mme B..., 59 ans, une fausse couche de 3 mois, 5 grossesses normales, dont une gémellaire. Ménopause à 51 ans.

La malade fut prise, il y a 2 ans, de douleurs abdominales et lom-

baires survenant le soir et à la suite de fatigues ; ces douleurs n'ont fait que croître continuellement. En août 1893, première métrorrhagie assez abondante, qui fut suivie d'un écoulement blanc-jaunâtre. En novembre 1893, deuxième métrorrhagie beaucoup plus abondante.

Elle aurait maigri de 30 livres depuis 2 ans, malgré les apparences d'une santé générale satisfaisante, elle a un aspect cachectique, un teint violacé. Ses artères sont athéromateuses ; à l'auscultation, on constate un bruit de galop. Les urines contiennent une quantité appréciable d'albumine.

Le col de l'utérus est sain, entr'ouvert. L'utérus est gros, mobile. Hystérectomie vaginale le 10 janvier 1894.

Résultat : Guérison opératoire.

Observation 16 (résumée).— Cancer du corps avec petits fibromes interstitiels, H.-V., 1894. — Mort par urémie le 5e jour.

Mme B..., 54 ans, II-pare. Ménopause à 50 ans.

A ce moment, elle eut de l'albumine et des troubles cardiaques. Depuis 2 ans, métrorrhagies quotidiennes peu abondantes et douleurs abdominales, lombaires, prédominantes à gauche. En août 1893, son état s'aggrave : les pertes et les douleurs augmentent d'intensité, elles sont continues avec des crises paroxystiques tellement violentes qu'elles lui arrachent des cris.

Le 1er décembre 1893, M. Segond fait un curettage sans chloroforme à cause des troubles cardiaques.

La malade n'est pas améliorée ; un traitement prolongé donne les mêmes résultats.

A son entrée à Baudelocque, on constate que son cœur est gros, mais on ne trouve pas de souffles, ni d'albumine dans l'urine. La malade se plaint pourtant de palpitations et de douleurs précordiales.

A l'examen, on sent le col entr'ouvert très largement ; il admet l'index, l'utérus est gros, il mesure 8 centimètres et demi, il est en rétroversion adhérente.

Hystérectomie vaginale le 18 août 1894. Curettage préalable. L'hystérectomie est rendue difficile par suite de la très grande friabilité de l'utérus ; création et ablation de deux valves cervicales.

Hémisection antérieure, ablation totale de l'utérus et des annexes. Durée 20 minutes.

Résultat. — Elle meurt le cinquième jour avec des phénomènes urémiques, dyspnée, douleurs précordiales et anurie complète.

Observation 17 (résumée). — Cancer du corps non diagnostiqué. — Le fibrome seul avait été reconnu, H.-V., 1894. Mort par Shock. Septicémie peut-être 24 heures après.

Mme B..., 51 ans.

Des douleurs se sont montrées il y a 5 ou 6 ans ; d'abord légères, elles sont allées en augmentant d'intensité. Amaigrissemeut et faiblesse croissant égalemen. Ce n'est que depuis trois ans qu'elle a aussi des métrorrhagies abondantes, revenant plusieurs fois par mois et coïncidant avec des crises douloureuses.

La malade est pâle, anémiée. A l'examen, on trouve difficilement le col, refoulé en haut et à gauche, derrière le pubis, tandis que vient faire saillie dans le vagin une masse dure qui occupe la cavité de Douglas et semble développée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus. On porte le diagnostic de fibrome.

Hystérectomie vaginale le 12 mai 1894.

Résultat. — La malade meurt avec de la diarrhée, du refroidissement, le 14 mai, l'utérus pesait 300 grammes, l'examen des fragments prélevés dans les parties ramollies et végétantes de la tumeur montra que ces parties étaient constituées par de l'épithélioma cylindrique pur (cancer épithélial du corps type cylindrique).

Observation 18 (résumée). — Cancer du corps, H.-V., 1894. — Mort 2 ans après par récidive.

M. C..., 43 ans, II-pare.

Depuis 8 mois, métrorrhagies et écoulement séro-purulent fétide. Peu d'amaigrissement, mais perte complète de l'appétit.

Cancer du corps.

Hystérectomie vaginale le 28 juillet 1894. L'utérus est gros, il a 8 centimètres de cavité, ses parois sont très épaissies, sur le fond elles mesurent 3 centimètres. Ablation des annexes.

Résultat. — M. Segond revoit la malade le 11 octobre 1894 en parfait état général et local. Le 17 juillet 1895, il l'examine de nou-

veau, elle se porte très bien et sa cicatrice vaginale est indemne. Mais dans la fosse iliaque droite, derrière l'arcade de Fallope, le long des vaisseaux iliaques, il trouve une masse ganglionnaire.

Cette malade est morte au mois d'août 1896.

Observation 19 (résumée) — Cancer du corps (à forme de polype) pris pour un fibrome sphacélé avec 3 ou 4 petits fibromes interstitiels du volume d'une noix, H.-V., 1896. — Guérison opératoire.

M. P..., 46 ans, nullipare.

Il y a 10 mois, métrorrhagies très abondantes, puis pertes séro-sanguinolentes très fétides et continues. Les pertes de sang ont cessé depuis le mois de janvier 1896, mais il s'écoule toujours un liquide ichoreux, fétide. La malade souffre peu dans le bas-ventre. Le col est ulcéré, entr'ouvert, il admet l'index. L'utérus est peu mobile, non douloureux, en antéflexion. Le diagnostic posé est celui de fibrome sphacélé.

Hystérectomie vaginale le 4 avril 1896.

Ablation des annexes ; un gros kyste de l'ovaire gauche est crevé durant le morcellement. Hémostase difficile.

Guérison opératoire, mais la malade est affaiblie, avec une teinte jaunâtre, Hémorragie post-opératoire.

Observation 20 (résumée). — Cancer du corps. — Renouvellement excessif du col, H.-V., 1898. — Opération incomplète. — Morte 3 mois après.

60 ans, bonne santé. Réglée à 18 ans, régulièrement et sans douleurs.

Un accouchement à 38 ans; suites de couches excellentes. Pas de fausse couche. Ménopause à 32 ans.

Historique de la maladie. — Début il y a 2 ans par des pertes blanches assez abondantes et qui durèrent un an sans odeur.

Puis elles devinrent rousses, entremêlées de métrorrhagies, il y a 6 mois. En décembre 1897, pertes de sang très abondantes, puis 2 fois en janvier 1898 et une fois en février. Douleurs depuis deux mois nécessitant l'usage de la morphine ; localisées dans le bas-ventre, surtout à gauche, avec maximum coccygien.

Perte des forces, amaigrissement depuis un an. Pas de faciès jaune paille, pas d'œdème. Appétit conservé.

Palpation du ventre douloureuse. Pas de tumeur, pas d'ascite.

Au toucher : col de vieille femme presque disparu, très mou ; orifice externe dévié vers la gauche ; muqueuse saine sans ulcération ni noyaux durs. Quelques nodosités mais non cancéreuses dans la paroi vaginale droite. A travers la muqueuse, le tissu utérin paraît ramolli. Culs-de-sac libres.

L'utérus a le volume du poing ; il dépasse de 3 doigts la symphyse ; il est douloureux au toucher. Hystérométrie : 7 cent. Le rebord supérieur de l'utérus paraît un peu irrégulier, comme s'il y avait de petits fibromes. Utérus éversé à gauche.

Diagnostic probable ; Epithélioma du corps de l'utérus avec petits fibromes.

Hystérectomie vaginale le 26 mars 1898, après curettage préalable. Castration ovarienne.

Suites : Etat général stationnaire ; le cancer continue d'évoluer, Envahissement du vagin. Mort 3 mois après.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique typique,

Observation 21. — Cancer du corps avec hématomètre, H.-V., 1898. — Mort par congestion pulmonaire le 3e jour,

M. A..., 61 ans. Cette malade est opérée pour des hémorragies très abondantes.

Hystérectomie vaginale le 5 juin 1898. — Le curettage préalable ramène des fongosités en grande quantité, il ouvre un hématomètre siégeant dans la cavité du corps.

Ablation totale.

Suites. — La malade meurt le troisième jour de congestion pulmonaire ; elle n'a jamais eu rien d'alarmant du côté du ventre.

L'examen histologique fut fait par M. le professeur Cornil ; c'était un épithélioma à cellules cylindriques développé dans la cavité et la paroi du corps de l'utérus.

Observation 22. — Cancer du corps, H.-V., 1898. — Vivante sans récidive neuf mois après.

Mme N..., 50 ans. Pertes blanches et rouges depuis sept mois ; on diagnostique fibrome de l'utérus, peut-être cancer.

Hystérectomie vaginale le 26 juin 1898. Cancer de corps reconnu par le curettage et le toucher intra-utérin.

La vérification histologique a été faite par M. Cornil et notre ami Claisse. La malade est actuellement en bonne santé et sans traces de récidive ; il y a neuf mois qu'elle est opérée.

Observation 23. — Fibrome de 1360 grammes avec dégénérescence cancéreuse de l'utérus. — Envahissement néoplasique des ganglions et de l'intestin H. A. (Procédé américain). — Opération incomplète. — Guérison opératoire.

Mme D..., âgée de 63 ans, nullipare, sans fausses couches. Ménopause à 40 ans. Depuis 5 ans elle a vu disparaître les métrorrhagies et les douleurs qui existaient depuis 18 ans. Au mois de juillet 1897, les douleurs et les hémorragies sont revenues et les souffrances sont intolérables.

Examen. — On trouve l'utérus qui remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade est laissée au repos pendant quelques mois, mais, comme la tumeur gagne l'ombilic et que les souffrances ne font que s'accroître, malgré l'âge et l'état cachectique de cette femme, M. Segond se décide à une intervention. Le diagnostic posé est : fibromes multiples de l'utérus.

Hystérectomie abdominale totale faite le 15 octobre 1897. Procédé américain.

Suites immédiates. — La malade se rétablit très vite et elle sortit en bon état le 4 janvier 1898. Une grande amélioration s'était produite, les troubles de compression exercés par la tumeur avaient disparu et la douleur avait cessé presque totalement. Cette opérée n'a pas été revue, mais le cancer n'a pu que continuer son évolution. La tumeur fibreuse pesait 1,360 grammes.

Observation 24 (résumée). — Cancer du corps avec ramollissement excessif du col, H. A., 1898.— En très bonne santé, sans récidive 10 mois après.

Mme P., 55 ans.

Antécédents héréditaires : père mort à 63 ans d'une inflammation d'intestin, diarrhée continuelle ; mère morte à 79 ans. Parmi les neuf enfants, un mort de tuberculose pulmonaire ; un d'anémie (?) cinq morts en bas âge.

Antécédents personnels : nuls.

Règles, 13 ans ; toujours bien et sans douleurs ; durée deux à trois jours.

Mariée à 32 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Ménopause à 48 ans, avec pertes blanches durant un an.

A 49 ans, ablation d'une tumeur papillaire de l'ovaire. Guérison.

Historique de la maladie actuelle. — *Pertes blanches*. Se montrèrent un an avant son entrée à l'hôpital et durèrent six mois. Peu abondantes et sans odeur. Mélangées à du sang ces six derniers mois.

Pertes de sang. — Jamais de véritable métrorrhagie, pertes légères la nuit, pertes toujours sans odeur.

Douleurs. — Depuis six mois, douleurs dans le bas-ventre et les cuisses

Accentuation des douleurs ces derniers temps,

Pas d'amaigrissement. Pas de teinte cachectique. Pas de perte des forces. Conservation de l'appétit.

Examen le 4 mars. — Col de vieille femme, aplati et mou. Orifice extrêmement petit. Col ramolli comme dans la grossesse. Muqueuse du col saine, mais tissu sous-muqueux mou. Utérus en antéversion et gros.

Corps dépassant la symphyse de trois doigts. Quelques irrégularités du bord supérieur, volume d'une orange Vagin à parois souples sous les culs-de-sac libres ; ligaments larges indemnes. Mobilité de l'utérus parfaite. Hystérométrie, huit centimètres.

Diagnostic probable : cancer et fibrome.

Hystérectomie abdominale totale, procédé américain le 5 mars 1898. Suites opératoires excellentes. Examen microscopique. Epithélioma cylindrique ; 10 mois après, pas trace de récidive.

2° Sarcomes

Observations I et II.

Deux cas de sarcome du corps de l'utérus, par Simpson (Revue des Sciences médicales, VIII, 1876).

Observation 1. — Femme de 72 ans, d'une belle santé antérieure. A cet âge surviennent quelques métrorrhagies qui attirent l'attention vers une affection des organes génitaux. On constate un polype mollasse pédiculé sur la paroi intérieure de la cavité utérine. Simpson dilate le col et enlève la petite tumeur, en ayant soin de cautériser le point d'implantation. Huit mois après, nouvelles métrorrhagies. Au mois d'août 1870, une opération est devenue nécessaire et une tumeur fongueuse sarcomateuse est enlevée, elle adhère plus intimementà la paroi postérieure de l'utérus. La santé générale se maintient jusqu'en 1872, époque où se manifeste un écoulement sanieux, avec perte d'appétit, métrorrhagies répétées et élimination spontanée à plusieurs reprises de fragments de tumeur. Phlébite double ultime. La mort survient en 1874, cinq ans et quatre mois après la constatation du sarcome. A l'autopsie, on trouve l'utérus dilaté comme au quatrième mois de la grossesse, sa cavité remplie par une tumeur fongueuse qui se prolonge jusque dans les trompes en les distendant, et la muqueuse transformée presque dans toute son étendue en un sarcome embryonnaire.

Observation 2. — Femme de 44 ans, atteinte de métrorrhagies depuis dix mois et de leucorrhée sanieuse dans les intervalles des hémorragies. Le symptôme dominant est une excessive difficulté pour uriner,qui nécessite le cathétérisme de la vessie quatre fois par jour. Au toucher, on trouve une grosse tumeur enclavée dans le petit bassin, mais l'exploration de la région hypogastrique ne fait pas sentir le fond de l'utérus. En examinant avec soin, on s'aperçoit que l'utérus est complètement retourné et que ce que l'on sent est

la tumeur implantée directement sur le fond de la cavité utérine.

La masse morbide est enlevée au moyen de l'écraseur, mais deux jours après, la malade succombe à une embolie pulmonaire.

Il s'agissait encore d'un sarcome.

Observation III.

Fibro-sarcome de l'utérus, par le Dr Byrne (Annales de la Société d'anatomie de Brooklyn, II, 1880).

Le docteur Byrne rapporte l'observation d'une femme qu'il a opérée, à l'aide d'un galvanocautère, d'une tumeur fibrosarcomateuse intra-utérine.

A la suite de cette opération, la malade fut guérie ; elle ne présenta plus d'accidents tels que douleurs, métrorrhagies, etc., qui l'avaient décidée à se faire opérer. Au bout de trois mois, il n'y avait pas trace de récidive.

A l'appui de cette observation, le Dr Byrne présente des coupes microscopiques de la tumeur, et ce qu'il considère de plus en plus remarquable, c'est qu'il ne peut découvrir aucune trace de capsule entourant la tumeur ; c'est, dit-il, le premier cas de cette sorte qu'il ait rencontré.

Annales de Gynécologie, 1881. Dr Paul Rodet.

Observation IV.

Sarcome fasciculé du corps de l'utérus sans métrorrhagie. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche.— Greffe sarcomateuse au niveau d'une ponction. — Péritonite par le Dr Tissier (Annales de Gynécologie, 1881).

L..., 66 ans, vernisseuse, entre le 4 décembre 1880 à l'hôpital Laennec, service de M. Nicaise.

Malade sans antécédents héréditaires morbides, aucune maladie sérieuse, l'enfance marquée par quelques manifestations de scrofule. Vers 50 ans, eut à plusieurs reprises des éruptions d'eczéma. Réglée à 18 ans pour la première fois, menstruation toujours régulière jusqu'à la ménopause, qui survint il y a deux ans.

Elle eut quatre grossesses ; trois fois accoucha d'enfants mort-nés. De la dernière couche (à 42 ans) est restée dans la fosse iliaque droite une douleur sourde réveillée par la pression et s'exaspérant spontanément aux époques menstruelles.

Depuis 4 ans, sans que les douleurs soient devenues plus vives, la malade s'est affaiblie progressivement. En novembre 1879, après une promenade un peu longue et fatigante elle fut prise de défaillances, de nausées, de vomissements et dut prendre le lit, pour ne plus le quitter.

A partir de ce moment, pertes vaginales à peu près incessantes d'un liquide purulent et fétide, sans jamais de métrorrhagies, tant à l'époque que dans l'intervalle des règles.

La malade résolut d'entrer à l'hôpital Tenon en 1880. Il lui fut prescrit des injections de feuilles de noyer et des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Au bout de trois mois, l'état de sa santé ne s'était pas modifié Le dépérissement, l'amaigrissement, étaient excessifs, les flueurs blanches mêlées de pus persistaient et toujours dans la fosse iliaque droite, ce même point douloureux qu'exagérait le moindre contact.

La malade fut alors conduite au Vésinet, en revint pour se faire presque aussitôt recevoir vers la fin d'avril à Saint-Antoine, où le traitement consista, de même qu'à Tenon, en injections vaginales, cataplasmes et vésicatoires. Les douleurs abdominales, à partir de mai, se montrèrent avec une intensité qu'elles n'avaient jamais eue, affectant un caractère de lancinance particulier et revenant par crises, presque insupportables. Une ponction fut faite dans l'abdomen sans résultat. En juillet, la malade fut transférée à l'hôpital Laennec, dans le service de M. Damaschino, et en dernier lieu après quelques mois dans la salle Chassaignac (Service de M. Nicaise).

Cette femme est dans un état de maigreur extrême. Son ventre volumineux a commencé à grossir, dit-elle, il y a deux ou trois mois.

La saillie qu'il forme, non très considérable, est plus accusée du côté droit que du côté gauche. La cicatrice ombilicale, entièrement déplissée, est à peine reconnaissable, et au-dessous de l'ombilic et à droite, à quelques centimètres, on trouve dans le tissu sous-cutané et dans la peau une nodosité de consistance molle, grosse à peu près comme une petite noix. Cette petite tumeur est apparue au

point même où une ponction fut faite en mai 1880. Par la palpation il est possible de limiter une tumeur profonde qui se confond intérieurement avec les organes pelviens et qui, supérieurement, remonte un peu au-dessus de l'ombilic, davantage à droite, tumeur mate, donnant quand on vient à l'explorer, une vague sensation de fluctuation. On peut, en certains points, produire par la percussion le phénomène du flot, phénomène qu'il faut rapporter à l'ascite accompagnant la tumeur. Au toucher vaginal, utérus entièrement immobilisé, mais museau de tanche souple et non déformé, normal, entièrement sain.

Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt rencontre une masse dure, de consistance homogène ; si l'on vient à la presser, un flot de pus s'écoule dans le vagin, mais nous ne parvenons pas à en découvrir l'orifice.

Les autres viscères explorés ne révèlent aucune lésion manifeste, aussi bien l'estomac que les poumons ou le cœur. On a seulement l'œdème mou et indolore aux membres inférieurs sans cordon induré sur le parcours des veines et sans ganglion engorgé.

La recherche de la glucose et de l'albumine dans les urines reste vaine. Du reste, les fonctions de miction et de défécation s'accomplissent normalement. Il n'existe donc comme phénomène physiologique que les douleurs et l'excrétion de liquide purulent par le vagin ; jamais de métrorrhagie.

Le 23 décembre, ponction avec l'aspirateur Potain dans la région iliaque droite. On recueille un demi-verre de liquide rougeâtre, visqueux, contenant des flocons de fibrine.

La malade, de plus en plus affaissée, dans un état d'anxiété respiratoire incessant, sans présenter de symptômes nouveaux, ne tarde pas à succomber, le 5 janvier, à 8 heures du matin.

Les derniers jours, avec un peu de congestion pulmonaire et de submatité aux deux bases, sans signes certains d'épanchement pleural, on note un œdème généralisé à toute la moitié inférieure du corps, mais toujours sans urines albumineuses ni autres manifestations d'intoxication urémique.

Examen histologique pratiqué par M. Mayor, chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux.

L'examen de la tumeur pratiqué, après durcissement dans l'alcool et la gomme, sur des coupes coloriées au picro-carminate d'ammo-

niaque, dénote qu'il s'agit d'un sarcome fasciculé sur certains points, embryonnaire sur d'autres.

En effet, certaines régions du néoplasme sont constituées uniquement par des cellules embryonnaires qui, par places, ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse ; mais dans sa plus grande étendue, la tumeur est formée de faisceaux de fibres fusiformes, que le rasoir a rencontrées tantôt parallèlement, tantôt plus ou moins obliquement ou perpendiculairement à leur plus grand diamètre.

La solution intercellulaire, peu abondante en général, se présente en certains points sous forme d'amas homogènes d'aspect muqueux qui pénètrent dans l'intérieur des faisceaux et dissocient les cellules. Il y a donc tendance à la transformation en myxome sur certaines parties de la tumeur.

Observation V.

Sarcomes de l'utérus généralisés. — Sarcome de la dure-mère, monoplégie brachiale, paralysie du facial inférieur nystagmus ; par le Dr Raymond (Progrès médical, septembre 1881).

Malade de 46 ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu en août 1880.

Forte, bien musclée. Hémorragies utérines très abondantes, durant parfois des mois entiers ; douleurs dans le bas-ventre, très vives, très violentes, venant par accès.

On diagnostique un corps fibreux. La malade est perdue de vue pendant un an par le Dr Raymond, qui, en 1881, la retrouve d'une maigreur extrême à laquelle elle était arrivée progressivement. Maigreur squelettique. Visage profondément décharné. Pommettes saillantes, yeux enfoncés dans l'orbite, peau sèche, ridée, rétractée.

A son dire, la malade ne se plaignait que de violentes douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs étaient localisées au niveau de l'hypogastre, vers la ligne médiane et s'étendaient à droite et à gauche dans chacune des fosses iliaques. Douleurs continues, sourdes, profondes avec crises plus vives, plus violentes par accès ; augmentées par la pression de l'abdomen.

A la palpation de l'abdomen, on constatait dans la région sous-ombilicale, à trois travers de doigt au dessus du pubis, presque en plan médian, empiétant un peu à droite et à gauche, une série de

tumeurs de volume différent. La plus grosse, presque médiane, avait environ le volume d'un gros œuf de dinde ; les autres, celui d'un marron. Au toucher vaginal, rien de particulier. Pas de pertes séreuses, pas d'hémorragie à ce moment-là.

Expectoration assez abondante, composée de crachats aérés, muqueux, sans caractères définitifs. Rien de net à l'auscultation : dans quelques points, très peu étendus à droite et à gauche, en arrière et en avant, petits foyers un peu mats et légèrement soufflants. Mais les phénomènes symptomatiques les plus intéressants étaient les suivants : nystagmus des deux yeux, affaiblissement de la motilité avec quelques troubles de la sensibilité du bras droit ; léger degré d'hémiplégie faciale.

A la mort de la malade, l'autopsie montra :

1° L'utérus, complètement déformé, adhérent par sa face antérieure à la face postérieure de la vessie. Son corps est remplacé par une tumeur de la grosseur du poing, arrondie, lisse, demi-dure. Sur la coupe on ne retrouve pas la cavité du corps de l'utérus. La surface de la coupe est blanchâtre, creusée d'alvéoles renfermant un suc lactescent qui s'écoule par la pression.

En avant de cette première tumeur, en existe une seconde de même aspect, mais plus petite et qui à la coupe est reconnue être un corps fibreux.

Dans l'épaisseur du ligament large droit existe une troisième tumeur, du volume d'un gros œuf, reliée à la première par un pédicule.

On retrouve une douzaine de noyaux sarcomateux dans le foie et un noyau dans la rate.

On rencontre dans l'épaisseur des poumons de petites tumeurs semi-dures, arrondies, du volume d'une amande à celui d'un petit pois.

2° Dans la cavité crânienne siège un sarcome de la dure-mère, au niveau de la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante.

Observation VI.

Enorme sarcome du corps de l'utérus à marche lente. — Généralisation.— Mort. Par le Dr Polaillon (Annales de Gynécologie, 1882),

C... Jeanne, 45 ans ; bonne santé antérieurement. Entrée à la Pitié le 28 mai 1881.

Deux grossesses normales et deux accouchements naturels, le dernier il y a vingt-quatre ans. Ses enfants n'ont pas vécu.

Bien réglée jusqu'à l'apparition de la maladie, qui débuta il y a six ans. Le premier symptôme fut un accroissement progressif du ventre En même temps que le ventre augmentait de volume, aucune douleur ne se faisait sentir, les règles restaient normales et il n'y avait pas d'écoulement sanguin et intermensuel.

En janvier 1880, c'est-à-dire il y a un an et cinq mois, le ventre devient douloureux spontanément et à la pression. En même temps des pertes de sang très abondantes et une diarrhée intense et rebelle affaiblirent la malade, qui se décida à entrer à la Pitié.

En présence d'une tumeur à surface régulièrement arrondie, mais tenant au corps de l'utérus, présentant une consistance élastique, comme s'il y avait une fluctuation profonde, M. Polaillon fit deux explorations : le cathétérisme de la cavité utérine qui donna 15 centim. de dimension verticale, et deux ponctions, à plusieurs jours d'intervalle, qui furent sans résultat. M. Polaillon diagnostiqua alors un fibrome myxomateux. Au bout de deux mois, la malade, trouvant sa santé un peu raffermie, demanda à sortir de l'hôpital.

Une année se passa d'une manière assez satisfaisante. Depuis quelques jours, les douleurs abdominales étant revenues avec intensité et le ventre s'étant remis à prendre un nouvel accroissement ; elle rentra dans le service de M. Polaillon ; 28 mai 1882.

Etat général mauvais. Peau très pâle, d'une teinte un peu jaune paille. Amaigrissement considérable. La maigreur de la partie supérieure du corps contraste étrangement avec le développement anormal de l'abdomen. Celui-ci est uniformément globuleux et mesure 105 centim. de circonférence au niveau de l'ombilic. La palpation fait reconnaître à la face profonde de la paroi abdominale

un grand nombre de noyaux de grosseur inégale et disséminés sur divers points. Dans la région iliaque droite, on découvre un de ces noyaux qui a le volume d'une mandarine. Sa pression est extrêmement douloureuse. On constata cependant une fluctuation nette et profonde.

La température prise localement, comparativement à la température axillaire, donne :

T. axillaire, 37°,5. T. abdom. 38°,2.

Le toucher vaginal apprend que le col est sain et dur. Les culs-de-sac sont souples. Cette exploration est très douloureuse. Au cathétérisme utérin, la sonde pénètre à 16 centimètres de profondeur. Il n'y a pas à ce moment d'écoulement vaginal, ni de perte de sang.

Vives douleurs térébrantes dans le ventre. Inappétence complète.

M. Polaillon diagnostique un véritable cancer du corps de l'utérus en voie de généralisation.

Repos au lit. Cataplasmes sur le ventre. Injections hypodermiques de morphine.

Du 1er au 15 juin, les douleurs deviennent extrêmement vives. Le ventre augmente de plus en plus de volume. T. axill. 37°,4. T. abdom. 38°,8.

A partir du 12 juin, écoulement, par le vagin, d'un liquide sanguinolent d'une odeur fétide. Miction facile et volontaire. Défécation commence à être inconsciente.

Le 15 juin, dyspnée assez intense produite par de la congestion pulmonaire. Rien au cœur.

Pendant la nuit du 18 juin, le corps se couvre d'une éruption de petites papules rougeâtres, déterminant un prurit intense. Mort le 20 juin.

Autopsie.— La circonférence de l'abdomen est de 110 centimètres. Le péritoine, mis à découvert, est parsemé de nodosités variant du volume d'un pois à celui d'une mandarine. Il est adhérent à la tumeur utérine par de nombreux tractus celluleux. Adhérences entre le péritoine et les intestins, le foie et la rate. L'S iliaque est adhérente à l'utérus. L'épiploon est replié sur lui-même et parsemé de noyaux cancéreux. 200 gram. de liquide ascitique environ dans la cavité abdominale.

Le corps de l'utérus est énorme, globuleux. Son diamètre transversal et son diamètre vertical mesurent 25 centim.

Toute la tumeur pèse 11 livres.

Noyaux métastatiques dans les poumons et le péricarde. En somme : sarcome fasciculé avec parties en dégénérescence graisseuse.

Observation VII.

Sarcome utérin diffus avec métastase hépatique et pulmonaire, par le Dr Beates (Annales de Gynécologie, 1886. — Société obstétricale de Philadelphie, 4 février 1886).

Le Dr Beates présente un sarcome utérin diffus avec métastase hépatique et pulmonaire. La malade, âgée de 59 ans, paraissait cancéreuse. Vagin impénétrable rempli de néoplasmes.

Pièces recueillies à l'autopsie. — Utérus aminci, vagin détruit, vessie indemne, urèthre perforé, rectum sain. Le microscope révéla un sarcome à petites cellules. Dépôts sarcomateux dans le foie.

Observation VIII.

Myo-sarcome intrapariétal de l'utérus, par Orthmann (Annales de Gynécologie, 1887. — Société obstétricale et gynécologique de Berlin, 12 novembre 1886).

M. Orthmann présente un myo-sarcome intrapariétal de l'utérus, enlevé par la laparotomie au moyen de l'amputation supra-vaginale. Poids de la pièce pathologique : 3,550 gram. Convalescence parfaite, sauf deux élévations thermiques ayant coïncidé, la première avec l'administration d'un lavement, la seconde avec l'enlèvement d'un tube à drainage.

Observation IX.

Sarcome utérin, par le Dr Byrne (Annales de gynécologie, 1888. — Société obstétricale de New-York, 20 décembre 1887).

John Byrne présente un sarcome utérin. Le raclage ayant amené des débris sarcomateux, Byrne se décida à faire la laparotomie qui

fut très difficile, le 9 octobre. Le sixième jour, la température atteignit 39°,4 et il se produisit un abcès de la paroi abdominale. — Pourtant guérison.

Observation X.

Sarcome intrapariétal de l'utérus, par Vignard, interne des hôpitaux (Bulletin Société anatomique, juin 1888).

M. B..., 47 ans, entrée le 11 mars 1888 à la Salpétrière.

Réglée à 14 ans 1/2 ; mariée à 20, jamais d'enfants ni de fausses couches.

Règles toujours un peu douloureuses. Il y a 4 ans, ménopause. A partir du 27 mars 1888, le sang reparaît ; hémorragie continue avec intermittences ; jusqu'à aujourd'hui, le sang expulsé est noirâtre, tantôt liquide, tantôt coagulé.

Sensation de pesanteur, douleurs lancinantes au-dessus du pubis et du pli de l'aine droit ; jusqu'au moment de l'expulsion des caillots, mictions fréquentes, constipation opiniâtre.

Etat général.— Femme grosse, adipeuse.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 46 ans d'une tumeur de la région sous-maxillaire.

Examen local.— Dans la partie inférieure du ventre, on sent une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, dure, de consistance un peu inégale, présentant par places de petites bosselures plus dures.

Tumeur assez mobile dans le sens latéral, s'étendant en haut et à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dépassant à gauche la ligne blanche de la largeur de la main, s'étendant à droite jusqu'à la fosse iliaque et au flanc droit.

Mate à la percussion, très douloureuse à la palpation, en bas et à droite au-dessus du pubis.

Au toucher vaginal : col effacé, très élevé ; rien dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs.

Masse arrondie, dure, très douloureuse au toucher dans le cul-de-sac antérieur.

Opération le 2 juin. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale, par M. Terrillon. Au dix-huitième jour, les suites opératoires sont excellentes.

Examen de la pièce.— La tumeur enlevée comprend à peu près les deux tiers de l'utérus, grosse presque comme une tête d'adulte, de forme sphéroïdale, à surface lisse, avec çà et là des bosselures dures superficielles évidemment dues à des fibro-myomes sous péritonéaux de petit volume.

Coupe verticale d'avant en arrière. — Cavité utérine située tout à fait en avant, agrandie (10 centimètres), tapissée par une muqueuse d'aspect sain.

En avant de la cavité, l'utérus a une épaisseur de 3 centimètres et est bourré de petits fibro-myomes.

Fond et paroi de l'intérieur de l'utérus d'une épaisseur considérable (15 centimètres) constitués par une masse néoplasique, analogue par sa forme arrondie et son siège dans l'épaisseur de la paroi utérine à un volumineux myome interstitiel.

Consistance presque partout homogène et mollasse, dépressible et même, sur un point, friable, ramollie. Couleur blanc jaunâtre. Aspect de la surface de section lisse et luisant. Pas de suc au râclage. Pas d'adhérence au péritoine.

Au microcopse.— Cellules les unes arrondies, les autres polygonales par compression réciproque, d'autres fusiformes ; certaines en voie de prolifération karyokinétique.

Observation XI.

Uterine adeno-sarcome vith pyometra, par Thomas W. Kay.
(Med. Records, 1889, tom. L).

Femme de 52 ans, émaciée, dont les règles avaient disparu depuis dix ans, se plaignant d'écoulements vaginaux intermittents, accompagnés de crises de coliques. L'utérus était volumineux, l'orifice extérieur du col admettait facilement l'extrémité du doigt, qui constatait l'existence, dans le canal cervical, d'une masse molle et friable. Dilatation rapide du col, ablation avec la curette mousse de la plus grande partie d'une tumeur molle, irrégulière, sanieuse, largement implantée sur la paroi postérieure, au voisinage de l'orifice interne ; huit jours après, nouvelle dilatation, raclage complet des vestiges de la tumeur. Guérison.

A l'examen histologique, adéno-sarcome.

Observation XII.

Observations du Dr Terrillon (Bulletin de Soc. de chirurgie, 1890).

Observation 1. — Le premier cas de sarcome interstitiel que j'ai observé présentait cette particularité que le sarcome s'était développé d'une façon pour ainsi dire diffuse, dans toute l'épaisseur de la paroi du corps utérin. A peine présentait-il quelques bosselures faisant saillie du côté du péritoine.

Ce sarcome fut enlevé par la laparotomie avec section de l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Le pédicule lié avec un tube de caoutchouc fut abandonné dans l'abdomen.

La tumeur pesait 13 kilogrammes. La cavité était agrandie et mesurait 12 centimètres. Il y eut beaucoup de sang, quoique la muqueuse fût peu altérée. Toute la paroi musculaire était infiltrée de sarcome.

Cette malade, que m'avait envoyée mon ami le docteur du Castel, guérit rapidement de son opération et put même reprendre son métier de couturière. Mais elle mourut six mois après d'accidents pulmonaires qui semblent avoir été le résultat d'une de ces récidives, ou propagations par le système veineux, dont le professeur Virchow a depuis longtemps démontré la possibilité et l'existence fréquente.

Observation 2.— En avril 1890, j'opérai à la Salpêtrière un second sarcome diffus d'un volume considérable. La tumeur, qui pesait 17 kilogrammes, fut présentée à la Société anatomique par M. Chibret, interne du service. Elle s'était développée dans l'espace de 15 à 18 mois et communiquait à l'utérus, dont la cavité était devenue énorme, des dimensions telles que le ventre avait 1 m. 65 de circonférence.

Développé aux dépens du corps de l'utérus, le néoplasme s'était partiellement infiltré dans le ligament large. Il avait contracté des adhérences avec la vessie, dont on ne pouvait le séparer ; avec deux anses d'intestin grêle de 50 centimètres chacune ; enfin, avec les aponévroses du muscle iliaque du côté droit.

L'ablation fut très pénible, mais complète. Le pédicule utérin, assez petit, fut coupé au-dessus du vagin.

Malheureusement, la malade mourut de choc opératoire au bout de 36 heures.

Il s'agit d'un sarcome à petites cellules, mou, presque télangiectasique et qui, par sa fausse fluctuation, pouvait bien simuler un kyste ovarique.

Observation 3.— J'ai récemment observé un troisième exemple de sarcome volumineux qui mérite une mention spéciale.

Il s'agit d'une malade âgée de 53 ans, très vigoureuse, ayant eu deux enfants, et opérée, en 1873, par M. le prof. Trélat, d'une petite tumeur du sein gauche que ce chirurgien considéra alors comme un sarcome. La guérison fut alors parfaite, et rien ne reparut de ce côté.

En 1887, quatorze ans après cette première opération, Mme X..., s'aperçut que son ventre grossissait. Depuis quelque temps déjà, elle avait des pertes utérines, et on avait pensé à l'existence d'un fibrome. Mais l'évolution de la maladie était si rapide que bientôt la circonférence du ventre atteignait 1 m. 60.

Quand cette dame, en juillet 1888, vint à Paris, accompagnée de son médecin, M. le Dr Vast, je crus aussi à la présence d'un fibrome à marche rapide, et, considérant la vie de la malade comme menacée, je proposai une intervention rapide.

L'opération eut lieu le 24 juillet 1888. J'enlevai facilement une énorme tumeur utérine de 20 kilog. et je laissai dans l'abdomen la partie inférieure du col serrée à l'aide d'un tube de caoutchouc.

La guérison fut parfaite, sans incident, et, après 25 jours, la malade quittait Paris.

L'examen de cette vaste tumeur montra qu'il s'agissait en réalité d'un fibro-sarcome, certaines parties présentant des fibres musculaires à peu près sans mélanges, d'autres portions plus étendues étant constituées par du sarcome mou ou fasciculé presque pur.

Cinq mois après cette opération, cette malade présenta quelques accidents du côté du vagin avec écoulement purulent et légère fièvre le soir. Je pensai aussitôt à quelque récidive, mais je ne tardai pas à découvrir la cause de tous ces phénomènes : le tube de caoutchouc, qui vint bientôt se présenter au fond du vagin. Il fut facilement, retiré et tous les accidents cessèrent. La malade reprit donc, en décembre 1888, sa vie habituelle avec toutes les apparences de la plus belle santé.

Mais, vers le mois de mai de 1890, c'est-à-dire moins de deux ans après l'intervention radicale, apparurent des phénomènes de compression vésicale et rectale avec crises douloureuses dans le bas-ventre Mon ancienne opérée est manifestement atteinte d'une récidive et présente une tumeur qui remplit presque complètement le bassin, sans proéminer d'une façon très sensible dans le vagin. La malade est morte en octobre 1890.

Observation 4.— Il m'a été donné, en juin 1890, d'observer chez une fille, âgée de 28 ans, un volumineux sarcome interstitiel.

Quand j'examinai cette malade, le 1er juin, le ventre était énorme, les veines superficielles dilatées. On pouvait apprécier la présence d'une tumeur gigantesque, dure, résistante, se confondant avec l'utérus, qui était entraînée très haut dans le bassin et dont il était difficile d'atteindre le col, par le toucher vaginal. La rapidité du développement me fit penser à un sarcome, et, malgré le très mauvais état de la malade, je tentai une opération qui était la seule chance de soulagement et de prolongation.

Cette opération eut lieu le 1er août 1890. Elle fut des plus pénibles. Comme chez la malade précédente, l'utérus, transformé en un immense sarcome interstitiel de 15 kilogrammes, s'était infiltré entre les deux feuillets du ligament large en se coiffant d'anses intestinales auxquelles il adhérait. Je pus cependant la séparer de ces organes, ainsi que de la vessie, sans les blesser. Les feuillets du ligament large qui entouraient la base de la tumeur furent coupés et liés au moyen de dix-huit ligatures en chaîne. Le pédicule utérin, qui était de petites dimensions, fut enfin abandonné dans l'abdomen.

Cette malade guérit de l'opération ; mais elle reste languissante, et je ne serais pas surpris qu'il existât déjà une récidive (novembre 1890).

Observation 5. — Dans un des autres cas que j'ai observés, la tumeur, qui occupait entièrement le petit bassin, produisait depuis 15 jours des phénomènes de compression avec rétention d'urine et signes assez sérieux d'étranglement. Lors de l'opération, j'éprouvai les plus grandes difficultés à retirer de l'abdomen cette masse ainsi enclavée ; je n'y arrivai qu'au bout de 20 minutes, après

l'avoir déplacée dans tous les sens et l'avoir fait pivoter sur tous les diamètres.

Je fis enfin, sur le corps de l'utérus, un peu au-dessus des culs-de sac vaginaux un pédicule qui me parut trop gros pour être rentré dans l'abdomen et que je fixai à la paroi après avoir placé un lien de caoutchouc et une broche.

Après cette opération pénible, dans laquelle j'étais assisté par M. Siredey, notre regretté collègue des hôpitaux et M. le Dr Thierry (de Rouen), je fus témoin d'un curieux accident.

Pendant deux jours tout alla bien ; la température n'atteignait pas 38° ; les intestins et la vessie fonctionnaient normalement; quand, le matin du troisième jour, je m'aperçus qu'il s'était produit dans la nuit une abondante hémorragie par le pédicule. Celui-ci avait été à moitié coupé par le caoutchouc et était rentré assez profondément. Un tamponnement énergique après nettoyage des caillots arrêta le sang. Mais une septicémie rapide se déclara et la malade mourut cinq jours après.

L'examen de l'utérus donna l'explication de cet accident. Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules et à développement rapide. Or, au moment de faire le pédicule, croyant couper en tissu sain, je m'étais trouvé en plein dans la substance sarcomateuse molle, friable, qui n'avait pas pu résister à la constriction du caoutchouc, et avait été sectionnée, occasionnant ainsi l'hémorragie, puis les accidents septiques rapidement mortels.

Observation 6. — J'ai observé un exemple bien curieux de sarcome kystique au cours d'une incision exploratrice.

Il s'agissait d'une femme de 56 ans qui avait commencé en 1886 à souffrir dans l'abdomen et à avoir des pertes abondantes.

M. le professeur Damaschino, consulté, ne trouva qu'une lésion utérine à peine appréciable ; il pensa à un fibrome au début.

Mais la maladie faisait de rapides progrès, et bientôt une tumeur apparaissait nettement au-dessus de l'ombilic ; en mai 1890, elle remontait jusque vers l'appendice xyphoïde.

L'état général était médiocre, l'anémie extrême.

Lorsque je pratiquai l'examen, je trouvai une tumeur bosselée, solide par places, liquide dans d'autres, faisant corps avec l'utérus, qui était repoussée en avant et gênait la miction. Je fis le diagnostic de sarcome utérin avec kystes assez étendus.

Cédant aux désirs de la malade et du médecin qui l'accompagnait, je consentis à faire l'opération.

A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai une masse énorme dont la surface était parcourue par des veines dilatées ; une ponction donna en deux fois 5 litres de liquide noir, qu'on pouvait prendre pour du sang altéré par un long séjour dans ces poches kystiques. Le reste de la tumeur était solide.

Mais, en examinant avec plus de soin cette masse, je ne tardai pas à voir qu'elle était en partie développée dans le ligament large, qu'elle avait soulevé trois anses d'intestin grêle auxquelles elle adhérait, ainsi qu'à l'épiploon ; enfin que la surface du péritoine pariétal et viscéral était parsemée de granulations.

Après avoir détaché et lié une partie de l'épiploon, je reconnus qu'il était impossible de séparer la tumeur du bassin et des anses intestinales. Je pris donc un fragment du néoplasme qui put permettre un examen histologique et je refermai l'abdomen à l'aide de 12 sutures.

Les suites de l'opération furent bonnes. La malade s'alimenta mieux à partir de ce moment, et en juillet (moins d'un mois après l'incision exploratrice) elle put retourner chez elle.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

Observation 7.— J'ai rencontré récemment (août 1890) un second exemple de sarcome kystique.

C'était chez une dame de 52 ans, femme d'un médecin, qui portait depuis une douzaine d'années une tumeur fibreuse occupant le fond de l'utérus et donnant lieu à des troubles peu accentués. Cependant la maladie, qui était restée longtemps stationnaire, évoluait depuis 18 mois avec une grande rapidité. La tumeur envahissait peu à peu l'abdomen, qu'elle ne tarda pas à remplir, et qui atteignit une circonférence de 1 mèt. 50. En même temps l'examen révélait, dans cette vaste masse, à développement progressif, des parties nettement fluctuantes.

La vie était évidemment menacée, je me décidai à pratiquer une opération.

Le diagnostic me semblait peu douteux : il s'agissait probablement, en dépit du développement rapide, qui d'ailleurs n'est pas très rare dans cette variété, d'un fibrome avec kyste volumineux.

L'opération eut lieu le 10 août 1890. Je me proposai de tenter l'ablation de l'utérus par la laparotomie, en pratiquant la section au-dessus du vagin.

Dès l'ouverture de l'abdomen, je constatai que les parois de la cavité fluctuante présentaient un épaississement et une vascularisation exagérées. L'idée d'un sarcome me vint aussitôt. Je fis une ponction avec un gros trocart de l appareil Potain, et je pus extraire environ 5 litres d'un liquide roussâtre.

La tumeur étant ainsi diminuée de volume, je me proposai de l'enlever. Mais je ne tardai pas à reconnaître des adhérences épiploïques considérables et des noyaux sarcomateux dans l'épiploon. De plus, deux anses intestinales étaient intimément unies avec la tumeur.

Malgré ces difficultés, je pus, non sans peine, couper l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux, en formant un pédicule volumineux qui fut fixé dans l'angle inférieur de l'ouverture abdominale.

La partie solide de la tumeur enlevée pesait environ douze kilogr. Elle était composée de tissus sarcomateux mélangés de noyaux fibromateux, faciles à reconnaître dans la masse.

En plusieurs points, surtout vers la surface, on distinguait des kystes ou plutôt des foyers d'épanchements sanguins.

Observation 8. — Enfin, j'ai enlevé au mois d'octobre 1890, chez une femme de 46 ans, une tumeur à peu près analogue à la précédente, moins volumineuse, formée aux dépens du fond de l'utérus. Dans cette tumeur existaient trois grandes cavités, contenant chacune de un à trois litres de sang presque pur.

Observation 9. — Une femme de 45 ans, n'ayant jamais eu d'enfant et jouissant d'une santé florissante, éprouvait en mars 1889, sans y prendre garde d'abord, quelques douleurs dans le bas-ventre et un peu de gêne dans la miction. Eloignée de chez elle, elle consulte à Nice un médecin qui lui annonce la présence d'une petite tumeur attenante à l'utérus. Elle revient aussitôt à Paris le 10 mars et vint me consulter, je constatai l'existence d'une tumeur dure, peu volumineuse du fond de l'utérus.

Trois semaines après, je fis un nouvel examen.

Les douleurs abdominales, surtout la gêne de la miction et de la défécation, s'étaient accentuées très rapidement. Il me fut facile de

constater cette fois la présence de cette même tumeur, mais beaucoup plus grosse, et qui maintenant remplissait le bassin.

Bientôt éclatèrent des symptômes graves d'obstruction intestinale, et le 17 avril je l'opérais, principalement pour parer aux accidents aigus de compression. J'enlevai deux tumeurs pédiculées pesant trois à quatre kilogr. et composées exclusivement par du tissu sarcomateux à fines cellules, sans kystes.

Observation 10. — En 1888, je fus appelé en province par le Dr Gay près d'une femme mariée de 32 ans, sans enfant et qui présentait tous les symptômes d'une tumeur du fond de l'utérus. Cette jeune femme, encore bien portante, se plaignait surtout de douleurs abdominales violentes et de phénomènes de compression qui avaient débuté quelques mois auparavant. Le médecin avait été frappé du développement rapide de la lésion. D'après lui, la marche avait été tellement aiguë que, en quelques semaines, la tumeur avait triplé de volume.

Après examen, je fis le diagnostic de sarcome pédiculé du fond de l'utérus, faisant saillie dans le bassin, et je proposai une opération.

Elle eut lieu le 4 août 1889. J'enlevai un sarcome pédiculé pesant trois kilogr. Le pédicule naissait au fond de l'utérus et avait le volume du poignet. Ce pédicule fut lié avec un tube de caoutchouc, cautérisé superficiellement et abandonné dans l'abdomen

Observation XIII

Sarcome du corps.— Hystérectomie vaginale, 1893. — Revue quatre mois après en état de parfaite santé, par le Dr Segond (In thèse Bigeard).

Mme D..., 42 ans.

Cancer du corps.

Hystérectomie vaginale le 16 septembre 1893.

Examen histologique, sarcome du corps avec propagation à l'ovaire droit.

La malade fut revue en janvier 1897 en parfait état de santé locale et générale.

Observation XIV.

Sarcome pédiculé du corps de l'utérus. — Hystérectomie vaginale, 1893. — Guérison opératoire, par le Dr Segond (In thèse Bigeard).

Mme P..., 26 ans, I-pare.

Depuis un an elle se plaint de métrorrhagies d'abord peu abondantes et apparaissant une ou deux fois par semaine ; il n'y a que six mois que les pertes sont continuelles.

L'appétit a disparu, la malade est pâle, affaiblie.

L'utérus est volumineux, mobile et dépasse de deux travers de doigt la symphyse.

Hystérectomie vaginale le 28 septembre 1893. L'hystéromètre mesure dix centimètres.

Le curettage fait diagnostiquer un néoplasme pédiculé.

Hémisection antérieure. Ablation totale : utérus et annexes.

L'examen histologique montra que le néoplasme était formé de tissu sarcomateux.

Guérison opératoire.

Observation XV.

Sarcomes de l'utérus. — Hystérectomie vagino-abdominale (In thèse Pasquier, 1899).

Mme K..., 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 1er octobre 1895.

Cette femme, réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans, l'a toujours été régulièrement depuis cette époque.

5 grossesses : 3 enfants vivants, 2 morts. Le deuxième accouchement s'est accompagné d'une hémorragie grave et suivi d'une fièvre septique ayant duré 4 mois.

A 43 ans, les règles deviennent plus abondantes sans toutefois être douloureuses. Depuis 6 mois, les douleurs se produisent au moment des règles et se prolongent même dans les jours suivants ; entre les époques, les douleurs sont moins vives. La malade s'affaiblit de jour en jour.

Il y a un mois, se produisit une métrorrhagie très abondante du-

rant neuf jours et accompagnée de douleurs très vives. Cette métrorrhagie fut suivie d'un écoulement de pus et de sanie infecte, écoulement qui persista jusqu'à l'entrée de la femme, à l'hôpital.

A l'examen, on trouve par le palper que l'utérus est volumineux et atteint le volume d'une tête d'enfant de 2 ans. Au toucher on trouve le col largement ouvert et laissant échapper en abondance une sanie fétide.

On se décide à opérer la malade et on la désinfecte le plus possible par des injections vaginales profondes et instillations de teinture d'iode dans le col.

Intervention le 15 octobre. Hystérectomie vagino-abdominale.

Les suites opératoires sont complètement aseptiques. Les fils sont enlevés le 26. La plaie est en parfait état. La malade est cependant atteinte d'une phlébite de la jambe gauche mais sans fièvre ; la température ne dépasse pas 38°.

Examen de la pièce : sarcome de l'utérus.

Observation XVI.

Un sarcome de l'utérus simulant un hématomètre, par le Dr Fafius (Société d'accouchement et de gynécologie de Moscou. — Annales de Gynécologie, 1894.

Femme de 56 ans, malade depuis 5 mois, se plaint de douleurs pongitives et revenant par accès dans le bas-ventre et d'une tumeur dans le ventre ; les règles sont arrêtées depuis 5 ans ; la femme a eu 8 enfants. On reconnaît l'existence d'une tumeur pareille à un utérus gravide de 7 mois ; les culs de-sac sont effacés, le col et son orifice n'existent pas ou se trouvent remplacés par une tumeur dure, lisse, ronde, non fluctuante, sauf en un point au-dessous de la symphyse. La malade ayant eu une leucorrhée abondante arrêtée depuis 5 mois, on suppose une accumulation de mucus dans l'utérus oblitéré, et on ouvre la cavité à l'aide d'un trocart enfoncé dans le point fluctuant ; il s'écoule un liquide sanguinolent et des caillots fibrineux; on en enlève une grande quantité avec la curette mousse après avoir agrandi l'orifice. Cet orifice est ensuite tamponné et on fait par là des lavages utérins tous les 2 jours ; l'exploration avec le doigt fait reconnaître des excroissances mamelonnées ; l'examen histologique de l'une d'elles montra qu'il s'agissait d'un sarcome

très vasculaire. La tumeur ayant diminué d'un tiers après cette intervention, la malade quitta l'hôpital. L'opération radicale était contre-indiquée par le peu de mobilité de la tumeur et par l'état athéromateux du système vasculaire de la malade.

Observation XVII.

Cancer musculaire de l'utérus, par M. Bérard, Interne des hôpitaux (Lyon médical, 1896).

M. Bérard, interne des hôpitaux, présente une volumineuse tumeur de l'utérus enlevé par M. A. Pollosson, par l'hystérectomie abdominale. La tumeur pesait 8 kilogr. 500.

La malade avait seulement depuis 3 ou 4 ans une augmentation des règles. La tumeur avait le volume d'un utérus gravide à terme, elle était presque fluctuante ; il y avait un peu d'ascite.

L'examen a montré qu'il s'agissait d'un cancer musculaire de l'utérus.

M. Pollosson fait remarquer que le terme du cancer musculaire de l'utérus est nouveau au point de vue anatomo-pathologique.

Au point de vue clinique, ces cas sont connus et sont décrits par les auteurs sous les noms de corps fibreux malin, fibrome sarcomateux, fibrome récidivant ; en somme, fibro-sarcome.

Observation XVIII.

Sarcome du corps avec deux petits fibromes, H.-V., 1897. — Guérison opératoire par le Dr Segond (In thèse Bigeard, 1899).

Mme B..., 38 ans.

Sarcome du corps avec deux petits fibromes, examen histologique fait par M. Cornil.

Hystérectomie vaginale le 4 mars 1897. Le curettage permet le diagnostic de néoplasme. Amputation du col. Bascule du corps par hémisection antérieure. Activement de la section et dégagement par bascule opératoire. Les annexes gauches sont laissées en place à cause de leurs adhérences.

Résultat : guérison opératoire.

Observation XIX.

Sarcome de l'utérus.— Hystérectomie vagino-abdominale (In thèse Pasquier, 1899).

Mme P... Rose, exerçant la profession de lingère, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 9 novembre 1897.

Cette femme, âgée de 52 ans, avait été réglée pour la première fois à 13 ans, et depuis l'a été régulièrement. Elle a eu trois grossesses suivies d'accouchements normaux à 28 ans, 30 ans, 32 ans. Ménopause à 46 ans.

Depuis 15 mois environ, elle perd continuellement du sang. Ces pertes, peu abondantes pendant le jour, s'accompagnent de douleurs lorsque la malade travaille.

La malade prétend avoir maigri un peu et avoir moins d'appétit ; cependant son état général semblait assez bon jusqu'au mois de septembre 1897.

A partir de ce moment, surviennent des douleurs lombaires s'irradiant dans la jambe droite et faisant boîter la malade, qui s'amaigrit et dont le teint devient jaunâtre.

A l'examen, la palpation, douloureuse, révèle une légère augmentation du volume de l'utérus. Par le toucher, on trouve un col un peu ramolli, les culs-de-sac vaginaux libres.

Le cul-de-sac postérieur est légèrement douloureux à la pression.

Intervention le 15 novembre 1897. Hystérectomie vagino-abdominale, anesthésie au chloroforme.

Le 17, on enlève le tamponnement vaginal.

Jusqu'au 20, la malade eut de légères coliques.

Le 23, on enlève les fils ; les douleurs abdominales ont presque disparu.

Le 26, plus de douleurs.

Le 1er décembre, la malade va bien et sort le 2 décembre 1897.

Observation XX.

Sarcome de l'utérus ; amputation, par la voie abdominale, de l'utérus entier et d'une portion de la paroi postérieure du vagin — Guérison rapide, suivie un mois après de récidive, de compression des uretères et de mort par anurie, par M. le Professeur Tédenat (In thèse Théodoroff).

Marie B..., 52 ans, demeurant à Saint-Laurent-le-Minier (Gard), est adressée à M. le Professeur Tédenat par le Dr Maquet de Ganges.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Cette femme a toujours eu bonne santé. Réglée vers 15 ans, toujours régulièrement et abondamment pendant 5 ou 6 jours. Mariée à 27 ans, jamais de grossesse. A 50 ans, les règles ont cessé progressivement sans trouble aucun. Pendant deux ans, la malade n'a rien vu. En juin 1898, hémorragie abondante avec caillots, d'une durée de trois semaines. Aucune perte jusqu'au 26 décembre. A ce moment, une hémorragie survient, souvent avec des caillots.

A de rares et courts intervalles, la perte sanguine est remplacée par un écoulement blanc rosé sans odeur sensible.

La malade éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre, légères, un peu plus vives à gauche. Elles ne s'irradient ni aux reins, ni aux lombes, ni aux cuisses. Pas de troubles de la miction. Selles à peu près régulières. Bien que l'appétit soit conservé, la malade a beaucoup maigri et a perdu des forces ; son ventre augmente lentement de volume,

Etat actuel. — Malade amaigrie, colorée. Rien au cœur ni aux poumons. Tuméfaction de l'hypogastre, où la main sent le globe utérin régulièrement hypertrophié remontant à 3 doigts au-dessous de l'ombilic. La vulve et le vagin sont normaux. Les lèvres du col sont minces, lisses, souples. Le doigt pénètre dans le col et sent des houppes, des villosités molles comme la muqueuse de l'intestin.

Elles paraissent remplir régulièrement toute la cavité cervicale. Le corps utérin est lisse ou du moins sans bosselures sensibles, de consistance uniforme, rappelant celle de l'utérus gravide.

Les culs-de-sac vaginaux ne sont pas empâtés ; le doigt sent pourtant la paroi vaginale envahie par sa face externe dans le fornix postérieur sur une étendue de 2 ou 3 centimètres.

M. le professeur Tédenat porte le diagnostic de sarcome, à cause des végétations molles, de la mollesse du corps utérin, de l'abondance des métrorrhagies que pourrait seule expliquer une endométrite compliquée de lésions des annexes. — Or les annexes sont en bon état, et il n'y a pas la sécrétion muco-purulente de l'endométrite ; Comme il n'y a pas eu pendant la vie menstruelle des signes quelque peu nets de myome et à cause aussi des végétations exubérantes de l'endomètre, M. Tédenat met le point de départ des lésions dans la muqueuse.

Opération samedi 1er avril. — Laparotomie médiane, aucune adhérence, utérus rose pâle de consistance un peu molle, en position normale. Par la ponction du tire-bouchon extracteur, il s'écoule 2 cuillerées de sang et à peu près autant de matière encéphaloïde. Malgré cet incident, l'amputation totale est faite rapidement et sans difficultés par la méthode américaine.

La paroi postérieure du vagin est excisée dans toute sa largeur sur une hauteur de trois centimètres. Suture des sections vaginales et du péritoine par dessus. Fermeture de l'incision abdominale par deux plans. — L'opération a duré en tout une demi-heure. Bien que la malade ait perdu peu de sang, on fait une injection de caféine et dans l'après-midi 2 injections de 400 gr. de sérum.

L'utérus enlevé est de couleur rosée, sa consistance est molle comme celle d'un utérus gravide. Du col au fond il mesure 24 centimètres, sa largeur maximum au niveau de l'infundibulum tubaire est de 17 centimètres. — Pas d'adhérences.

Sa cavité est remplie d'une façon régulière par une couche de bourgeons grisâtres, mous, sessiles, dont le volume varie de celui d'un grain de riz à celui d'un petit pois. — Entre les bourgeons et à leur surface, existe un liquide visqueux rosé avec quelques menus caillots sanguins.

La trompe gauche est noduleuse dans sa moitié interne. — Son orifice abdominal est incomplètement oblitéré. Les 2 ovaires et la trompe droite sont sains, mais un peu congestionnés.

Le soir, le pouls à 120 régulier, assez fort, la température à 39°.

2e nuit satisfaisante. Dans la journée, T. 39°, P. 100,

Gaz par l'anus, urine claire 600 gr., pas de vomissements.

3. — La malade est bien. On administre 2 lavements de lait et 2 lavements d'eau salée. T. 38° ; P. 100.

4. — Bien, miction spontanée toutes les 3 ou 4 heures. Dans l'après-midi, quelques coliques suivies d'une selle assez abondante.

A partir de ce jour, la température oscille entre 37° et 37° 5, le pouls entre 80 et 90. La malade se nourrit largement avec lait, bouillon, œufs.

10. — Pansement. Réunion bonne, sauf un petit abcès à la partie inférieure de l'incision. Des pansements sont faits tous les 2 jours, et la cicatrisation est complète le 26 avril ; dès le 22 avril, la malade se lève sur une chaise longue.

A partir du 1.er mai, elle fait quelques pas dans la salle.

Le 4 mai, l'exploration bi-manuelle fait constater dans le fond du vagin une masse arrondie, de consistance analogue à la tumeur primitive, indolore, qui remplit l'excavation pelvienne et est perceptible par la main appliquée sur l'hypogastre. On peut presser cette tumeur, assez bien limitée, sans provoquer la moindre douleur.

La récidive n'est pas douteuse.

La malade quitte l'hôpital le 5 mai. — Elle y revient le 8, avec des douleurs pénibles dans la région lombo-sacrée et les régions des reins, de l'œdème des membres inférieurs.

Le pouls est à 84, la température à 37°. — L'urine est pâle, 500 gr. avec 19 gr. d'urée par litre, sans sucre, ni albumine. Diarrhée abondante, céphalée, vomissements fréquents. Cet état continue, le pouls restant entre 70 et 80, la température au-dessous de 37°, la quantité d'urine baissant rapidement.

La sécrétion rénale se suspend le 12 mai et la malade meurt avec les symptômes de l'urémie, dans la soirée du 14 mai.

Examen histologique par le docteur Poujol.

Les coupes ont été pratiquées suivant les techniques usuelles après inclusion dans la paraffine ou dans la gomme, et colorées avec le picro-carmin, l'hématoxyline ou le carmin aluné.

Les coupes présentent des portions où le tissu musculaire utérin est entièrement conservé, d'autres qui sont entièrement sarcomateuses ; enfin des zones de transition du tissu musculaire au sarcome.

Le tissu musculaire est surtout remarquable par le nombre considérable des noyaux des fibres lisses ; ces noyaux en forme d'ovale allongé, plutôt que de bâtonnets, sont très voisins les uns des autres. Dans la plupart des points, ils paraissent être beaucoup plus nombreux que dans un muscle utérin sain (on a examiné par comparaison des coupes d'un utérus prolabé chez une femme de 50 ans). Le fait est surtout bien apparent dans les sections transversales des faisceaux musculaires, où les coupes de noyaux se montrent bien plus nombreuses qu'à l'état normal. Par places, l'aspect est très semblable à celui du sarcome fasciculé. Il semble que l'excitation pathologique, à laquelle le tissu utérin était soumis dans son ensemble, a eu pour effet de multiplier les fibres lisses en les raccourcissant, double circonstance qui explique le nombre des noyaux

rencontrés par les coupes transversales et rend compte de l'hypertrophie générale de l'organe. Cette hypertrophie n'est certainement pas due à une augmentation du tissu fibreux, qui n'est pas plus abondant qu'à l'état normal.

Les portions entièrement sarcomateuses ont gardé une trace de l'arrangement fasciculé du tissu préexistant ; néanmoins, cette disposition fasciculée n'existe plus que vaguement ébauchée, et n'a pas la régularité du sarcome fasciculé typique.

Les colonnes cellulaires sont formées de petits éléments, de formes peu variées, chacune ayant un noyau qui se rapproche de la forme ovale, entouré d'une faible zone de protoplasma pourvu de petites pointes (ébauche de cellules rameuses).

Il n'existe pas de formes cellulaires géantes à noyaux bosselés. En certains points, le tissu sarcomateux est uniquement formé de cellules juxtaposées ; ailleurs une certaine quantité de substance intercellulaire, fibrillaire, vient s'interposer aux cellules.

Les zones de transition du tissu musculaire au sarcome offrent un grand intérêt. Le fait essentiel qu'on y constate est l'absence de limites précises du tissu néoplasique et la transformation directe des cellules musculaires en cellules sarcomateuses. Cette transformation n'est pas douteuse. Dans tous les points de la zone de transiton, il est aisé de trouver des faisceaux de cellules musculaires coupées longitudinalement et venant se perdre dons le tissu sarcomateux ; or, il est absolument impossible de dire où finit le muscle, où commence le sarcome, la transition se faisant d'une manière insensible, de la fibre cellule courte, à noyau ovale allongé, à la cellule sarcomateuse, dont le noyau est devenu ovale court, tandis que le protoplasma a perdu la forme en biseau pour se réduire à une petite masse ramassée autour du noyau. Pour un tel élément, en particulier, il est impossible de dire s'il est encore fibre-cellule ou déjà cellule sarcomateuse.

La néoplasie progresse donc en s'infiltrant, en se diffusant dans le tissu utérin modifié, qui se transforme de proche en proche en tissu néoplasique. On aurait pu, *a priori*, imaginer que peut-être dans l'envahissement du tissu musculaire les fibres-cellules disparaîtraient et que les cellules sarcomateuses précèderaient seulement des cellules du tissu conjonctif inter-fasciculaire. La conjonction directe démontre que cette hypothèse n'est pas exacte et que ce

sont bien les cellules musculaires elles-mêmes qui subissent la transformation sarcomateuse. On peut d'ailleurs constater le fait suivant : en plein tissu sarcomateux on trouve des vaisseaux que la régularité de leur distribution et leur volume indiquent comme étant des vaisseaux du tissu préexistant. — Ces vaisseaux sont formés d'un endothélium normal et d'un perithélium de cellules sarcomateuses qui paraissent provenir de cellules musculaires préexistantes.

Les présentes constatations s'accordent avec l'examen histologique de l'observation de MM. Glantenay et Marie (*Bulletin de la Société anatomique*, 1898, pag. 290), dans laquelle il est insisté sur la formation des cellules sarcomateuses aux dépens des fibres-cellules.

Cette transformation ne paraîtra pas étonnante, si l'on se souvient de l'histogenèse des fibres musculaires lisses.

Les éléments ne procèdent pas comme les fibres striées d'une classe déterminée d'éléments, de bonne heure circonscrite dans une région de l'embryon ; ils paraissent, au contraire, pouvoir se développer presque indifféremment aux dépens des cellules quelconques du mésenchyme.. On comprend donc qu'inversement une fibre-cellule adulte puisse aisément se transformer à nouveau en une cellule sarcomateuse qui appartient à la grande lignée conjonctive.

CONCLUSIONS

I. Le cancer primitif du corps de l'utérus, cancer de la muqueuse ou du parenchyme, épithéliome ou sarcome, est beaucoup moins fréquent que le carcinome du col et relève de causes générales : âge, hérédité, et de causes locales : déplacements utérins, infection et traumatismes (surtout grossesse).

II. Il se présente à nous sous deux formes, circonscrite ou diffuse ; quand il siège dans la muqueuse, il est interstitiel ; sous-péritonéal ou kystique, quand il siège dans le parenchyme, et peut être dû à la dégénérescence d'un fibromyome. Il se complique de lésions de voisinage et de propagation, qui en accélèrent la marche. Il peut coexister avec les tumeurs bénignes de l'utérus.

III. Les symptômes sont locaux ou généraux. Locaux, ils sont fonctionnels comme les hémorragies et les pertes séreuses, subjectifs comme les douleurs, ou physiques, donnés par l'examen local, c'est-à-dire par le palper, le toucher vaginal et surtout le toucher intra-utérin, après dilatation du col, et par l'examen microscopique, dont la valeur n'est plus contestée. Les symptômes généraux sont d'ordre cachectique.

IV. La durée de ce cancer est variable, mais plus longue que celle du carcinome du col. Il évolue dans un laps de temps de 18 à 40 mois, sauf complications de compression, comme l'urémie ou phénomènes de propagation locale, comme la péritonite, ou enfin généralisation et métastase. Le pronostic est fatal.

V. Le diagnostic différentiel de ce cancer sera surtout à faire d'avec la métrite chronique, qui, bien souvent, ne se distinguera qu'à l'examen microscopique, et d'avec le fibromyome, plus facile à différencier par les signes fonctionnels et physiques, marche plus lente, caractère particulier des douleurs, qui rappellent celles de l'accouchement, dans le myome, caractère des écoulements moins fétides que dans le cancer, enfin caractères anatomiques de la tumeur. Le diagnostic d'avec les autres tumeurs ou affections utérines est de moindre importance.

Le diagnostic précoce, qu'on ne devra jamais négliger, se basera surtout sur l'examen local.

Le diagnostic opératoire dépendra de la limitation des lésions et de la mobilité de l'utérus.

VI. Les interventions thérapeutiques seront curatives ou palliatives.

Curatives, elles ne donneront pas des résultats de guérison définitive bien encourageants, quelque méthode opératoire que l'on emploie. Il faudra observer une grande réserve. On emploiera la voie haute ou la voie basse, suivant les indications ou contre-indications données par la tumeur et suivant son expérience personnelle, mais sans essayer de méthodes trop radicales.

Le plus souvent, le cancer ne relèvera que d'un traitement palliatif, et le curettage sera encore la meilleure intervention hémostatique, analgésique, désinfectante... et morale.

BIBLIOGRAPHIE

1872. — Traité pratique des maladies de l'utérus, par Courty.

1874. — Carcinomes du fond de l'utérus, par Goldschmidt ; in Berlin. Klin. Wochens., n° 52, pag. 659.

1876. — Sur la dégénérescence cancéreuse primitive du corps de l'utérus, par Louis Mayer ; in Berlin. Klin. Wochens., n° 26, pag. 378.

— Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus, par Pichot ; thèse de Paris, 1876.

— Du sarcome de l'utérus, par O. Bermann ; in Inaug. Diss. Göttingen.

1877. — Adéno-carcinome de l'utérus, par Veit ; in Berlin. Klin. Wochens., n° 26, pag. 363.

— Carcinome limité au corps de l'utérus, par Orth ; in Berlin. Klin. Wochens., n° 15, pag. 206.

— Sarcome de l'utérus, par Schlesinger ; in Berlin. Klin. Wochens., n° 26, pag. 363.

— Deux observations de cancer du corps de l'utérus, par Kurz ; in Deutsch. Zeitschr. für. prakt. med., n° 30, pag. 330.

— Trois cas de carcinome primaire du fond et du corps de l'utérus, par Hanns Chiari ; in Wiener medizinische Jahrbücher. heft III, pag. 364.

1878. — Cancer de l'utérus occupant tout l'organe sans déterminer de douleur, par Thomas ; in American Journal of. Obstetrics, vol. XI, pag. 405.

— Cancer du corps de l'utérus, par Squire ; in Britisch. med. Journ., 23 mars.

— Cancer épithélial de l'utérus, par Clément Godson ; in Brit. med. Journ., 23 mars.

1878. — Cas de cancer du corps de l'utérus, par Matthews Duncan ; in Obstetr. Soc. of. London. — Med. Times and Gazette, 23 février, pag. 209.

— Du cancer utérin, par Müller, in Charité Annalen. III, Jahrg, pag. 320.

— Cancer primitif du corps de l'utérus chez une femme de 70 ans, par Ruge et Lehnerdt, in Berlin. Klin. Wochens., n° 16, pag. 231.

— Sur un cas de carcinome du corps de l'utérus, par Veil ; in Zeits. für. Geburts und Gynæk. I. Heft. 2.

1879. — Cancer avec hypertrophie du corps de l'utérus, sans altération du col, par Matthews Duncan.

— Cancer du corps de l'utérus, sans altération du col, par Robert Barnes.

— Cancer épithélial de l'utérus, sans altération du col, par Godson . in London Obstetrical Transactions, vol. XX, pag. 27, 28, 29;

— Leçons cliniques des maladies des femmes, par Gallard.

— Cancer du corps utérin chez une nullipare de 51 ans ; mort par hydronéphrose double. Absence complète de métastase, par Hofmeier ; in Berlin. Klin. Wochens., n° 35, pag. 531.

1880. — De l'extirpation totale de l'utérus, par Mikulicz ; in Wien. med. Woch., n° 47.

— Du traitement radical du cancer de l'utérus ; extirpation de l'utérus par la voie vaginale, par Baum ; in Centralb. f. Chirurgie, n° 44.

— Origine glandulaire du cancer du corps utérin, par Veit ; recherche sur le cancer utérin, par Veit et Rüge ; in Berliner Klinische Wochens.

— Indications opératoires tirées du siège du cancer utérin, par Carl Rüge ; in Berlin. Klin. Woch., 25 octobre.

1881. — Epithélioma de la cavité du corps de l'utérus, par Skene : in American Journ. of. Obst. vol. XIV, pag. 119.

— De l'hystérectomie, Congrès de Londres; in Revue de Chirurgie.

— Du cancer de l'utérus. Anatomie pathologique et complications, par Chotin ; Thèse de Lille.

1882. — Du cancer primitif de la muqueuse du corps de l'utérus, par Gallard ; in Journal de médecine de Paris.

— Genèse du sarcome utérin primitif, par Hauser ; in Arch. f. path. anat., tom. LXXXVIII, fasc. 1.

1882. — Annales de gynécologie, juin ; Engelmann.
— Annales de gynécologie, juillet ; Polaillon.
1883. — Extirpation de l'utérus et de ses annexes pour un épithélioma de la cavité, par Thornton, Med. Times, pag. 108, 27 janvier.
— De la terminaison par gangrène des corps fibreux de l'utérus, par Merner ; Thèse de Paris, janvier 1883.
— Quatre cas de sarcome de l'utérus, par Coe ; in New.-York med. Journal, 21 juillet.
1884. — Utilité de l'examen microscopique pour le diagnostic du cancer du corps de l'utérus, par Rüge ; in Berlin. Klin. Woch., n° 2, pag. 27.
— Annales de gynécologie, juillet ; Kufferath.
— Revue des Sciences médicales, tom. XXIV ; Olshausen et Czerny.
— Contribution à l'étude des complications du cancer de l'utérus par Alfred Caron ; thèse de Paris.
— De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer du corps de l'utérus, par Coutzarida ; thèse de Paris.
— De l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus, par Sauve ; thèse de Paris.
— Annales des maladies des organes génito-urinaires, par Lancereaux.
1885. — Adénome malin de l'utérus ; hypertrophie sus-vaginale ; guérison, par Wylie ; in New.-York Obst. Soc. 1er décembre.
— Le râclage de l'utérus, par Terrillon, in Bull. de thérapeut., septembre.
— Du curettage de l'utérus, par Adriet ; thèse de Paris.
— Du curettage de l'utérus, par Laroche ; thèse de Paris.
1886. — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus, par Bonilly ; in Semaine médicale, pag. 474.
— De l'hystérectomie vaginale en France, Gomet ; thèse de Paris.
— Sarcomes de l'utérus, par Terrillon ; in Bulletin Soc. Chirurgie.
— Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par de Madec ; thèse de Paris.
— Le diagnostic clinique du cancer de l'utérus, par Edis ; in British med. Journ., mars, pag. 437.
— Annales de gynécologie, juillet et novembre.
1887. — Traité pratique des maladies des femmes, par Th.-A. Emmet.

1887. — Cinq cas de cancer primitif du corps de l'utérus, par Krükenberg ; in Berl. Klin. Woch., 4 avril.

— Quelques considérations cliniques sur le traitement chirurgical du cancer utérin, par Lapeyre ; in Gaz. hebdom., Montpellier, 21.

— Du curettage. Indications et technique, par Despréaux ; thèse Paris.

— Du curettage de l'utérus, par Melick ; thèse de Paris.

— Du curettage de l'utérus, par Desmoulins ; thèse de Paris.

— Sarcome diffus végétant de la muqueuse utérine, par Doleris ; in Nouv. Arch. d'obstétrique, 25 juin.

— Annales de gynécologie, mars ; Martin et Fritsch.

— Annales de gynécologie, février ; Chazan.

— Annales de gynécologie, octobre ; Sanger, Cordes.

— Annales de gynécologie, septembre ; Guérin, Pajot, Porak, Doleris.

1888. — Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale, par Terrier ; in Revue de Chirurgie, mai.

— De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus, par Valat ; thèse de Paris.

— Le traitement du cancer de l'utérus, par Adrien Pozzi ; thèse

— Etude critique du traitement du cancer de l'utérus, par Estor ; thèse de Montpellier.

— Cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Diagnostic et traitement. par Routier, 3e Congrès franç. Chirurgie.

— On the cancer of the uterus, par Williams, London.

— Hystérectomie vaginale pour sarcome, par Dudley ; in Journ. of. amer. assoc., pag. 372, 24 mars.

— Un cas d'épithélioma papillaire du corps de l'utérus, par Meyer ; in Arch'. für Gyn., XXXIII.

Annales de gynécologie, février et juin ; Martin, Lewers.

— Des lésions secondaires au cancer de l'utérus, par Léon Leca ; thèse de Paris.

1889. — Adénome papillaire diffus du corps de l'utérus, extirpation vaginale de l'utérus, gérison, par Coë.

— Adénome malin du corps de l'utérus, hystérectomie vaginale, guérison, par Coë ; in New-York obst. soc., 17 octobre 1889 et 7 janvier 1890.

1889. — Histologie des épithéliomas du corps, par Cornil ; in Journal des Connaissances médicales, pag. 34.

— Sarcomes de l'utérus, par Terrillon ; in Bulletin Soc. Chirurgie, pag. 203

— Sarcome fasciculé de l'utérus : hystérectomie, par Largeau ; Niort.

— De la diminution de l'urée dans le cancer, par Rauzier ; thèse de Montpellier.

— Annales de gynécologie, août et octobre ; Landau. Dmi'ri de Ott.

1890. — Cancer du corps de l'utérus chez une femme atteinte d'endométrite fongueuse. Opération de Freund. Amaurose temporaire consécutive. Guérison, par Wyder ; in Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte, n° 1, pag. 95

— Un cas de carcinome primitif du corps utérin, par Jacobs ; in Archives de tocologie, mai.

— Les limites de l'hystérectomie vaginale pour le cancer de l'utérus, par Coë ; in Americ. journal of. obst., juin.

— Epithélioma du corps de l'utérus, par Charrier ; in Soc. anat., 10 octobre.

— Sarcome de la muqueuse intra-utérine et diagnostic, par Hofmeier ; in Cent. f. Gynæk, 11 octobre.

— Du sarcome de l'utérus, par Dressler ; in 8° Tubingue.

— Revue des Sciences médicales, tom. XXXV ; Uspenski, Sippel.

1891. — Du cancer primitif du corps de l'utérus. Diagnostic précoce. Traitement curatif, par Bisch ; thèse de Lyon.

— Annales de gynécologie, avril, juin, août, septembre, Terrier, Roux, Hofmeier, Hartmann.

— Revue des Sciences médicales, tom. XXXVIII, Mueller.

— Extirpation totale de l'utérus par le vagin pour le cancer du corps, par Solowij ; in Cent. f. Gyn., 19 septembre.

— Diagnostic du cancer du corps de l'utérus, par Léopold ; in Berlin. Klin. Woc., pag. 626, 22 juin.

— Traité clinique maladies des femmes, par Lawson-Tait.

— L'hystérectomie vaginale précoce dans le cancer de l'utérus, par Martin ; in Journ. américc. med. Assoc., 31 janvier.

— Du sarcome de l'utérus, par Geisler ; thèse de Berlin.

— Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero, par Pestalozza ; in Il Morgagni, pag. 547, septembre.

1892. — Des tumeurs malignes de l'utérus, leur traitement, par Porter ; in New-York med. journ., 17 décembre.

— Revue des Sciences médicales, tom. XL, Hofmeier, Gusserow.

— De l'épithélium superficiel dans les formes du cancer du corps de l'utérus, par Gebhard ; in Zeit. f. Geburts, XXIV, 1,

— Quelques considérations sur le cancer du corps utérin, par Weiss ; in Revue médicale de l'Est, 24, pag. 744.

— De quelques particularités du cancer intra-utérin, son traitement, par Vautrin ; in Revue médicale de l'Est, 2, pag. 33.

— Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables, par Houzel ; in Bulletin. med., 21 septembre.

— Sur la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, par Marchand ; in Bulletin Soc. de Chirurgie, XVIII, pag. 66.

— Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus, par Terrier et Hartmann ; in Revue de Chirurgie, n° 4, pag, 295.

— Résultats du traitement du cancer et du sarcome utérins par l'hystérectomie vaginale totale, par Krükenberg ; in Zeit. f. Geburts, XXIII, 1.

1893. — Technique et indication de l'extirpation totale sacrée de l'utérus cancéreux, par Abel ; in Cent. f. Gynæk., 13 mai.

— Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma primitif du corps de l'utérus, par Bruyère ; thèse de Bordeaux.

— Des accidents du cancer de l'utérus et de leurs indications thérapeutiques, par Gauthier ; thèse de Paris.

— Des endométrites de la ménopause, Peteghem ; thèse de Paris.

— Annales de gynécologie, septembre et octobre, Herzfeld, Mauclaire.

— Sarcome de l'utérus avant la puberté, par Smith ; in Americ. journ. of. obst., avril.

— Sarcome diffus de la muqueuse utérine, par Coleman ; in Amer. journ. of. obst., décembre.

1894. — Revue des Sciences médicales, tom. XLIII, Gebhard, Landerer. Schuchardt. Steinthal.

— Cancer du corps de l'utérus, par Montaz ; in Dauphiné Médical, 1er novembre.

— Cancer de la muqueuse du corps utérin, par Demons ; in Journal médecine Bordeaux, 25 novembre.

1894. — Epithéliome du corps de l'utérus, par Dandois ; in Ann. Soc. belge Chirurg., 15 octobre.

— Ablation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée, par Veslin ; thèse de Paris, janvier 1894.

1895. — Endométrite fétide des femmes âgées, par Maurange ; in Presse médicale, n° 4, pag. 26.

— Un cas de cancer primitif du corps de l'utérus, par Binaud ; in Journ. méd. Bordeaux, 22 avril.

— Histologie et histogenèse du sarcome de l'utérus, par Williams ; in Amér. journ. of. obst., juin.

— L'hystérectomie par la voie sacrée, Lathuraz Viollet ; thèse de Lyon.

— Sarcome de l'utérus, par Deale ; in Amer. journ. of. obst., février

1896. — Revue des Sciences médicales, tom. XLVIII, Flaischlen.

— Du déciduome malin ou épithélioma ecto-placentaire, par Louvrier ; thèse de Montpellier.

— Morphologie du cancer de l'utérus, par Roger Williams ; in British gynec. journal, janvier et février,

— Du sarcome diffus de la muqueuse utérine, par Aubry ; thèse de Paris.

— Epithélioma du corps utérin, par Demons ; in Journ. méd. de Bordeaux, 16 février.

— Structure histologique d'un fibrome utérin télangiectasique ; évolution sarcomateuse, thromboses vasculaires et lésions de dégénérescence, par Mermet ; Soc. anat., Paris.

— Adénome malin de l'utérus, par Inglis Parsons ; in Brit. med. journ., octobre.

— Traitement palliatif du cancer utérin inopérable, par Champion ; thèse de Paris.

— Sarcome utérin, par Flesch ; in Berlin. Klin. Woch., 21 décembre.

— Cancer primitif du corps de l'utérus, par Beyea ; in Ther. Gaz., 15 août.

— Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus, par Lairé ; thèse Paris, 1896.

1897. — Revue des Sciences médicales, tom. L, Olshausen, Emanuel Bouilly.

— De l'évidement de l'utérus au thermo-cautère ; valeur théra-

peutique des interventions partielles dans les néoplasmes de l'utérus, par Cornet ; thèse de Lyon.

1897. — Transformation de métrites en cancer, par Briggs ; in British. med. journ., 30 octobre.

— Du sarcome utérin, par Poschmann ; thèse de Halle.

— Un cas de sarcome de la muqueuse du fond de l'utérus, par Beck ; thèse de Tubingue.

— Sarcome endothélial de l'utérus, par Grape; thèse de Greifswald.

— Fibro-sarcome, par Vitrac ; in Journ. méd., Bordeaux, 8 août.

— Compression intra-abdominale temporaire de l'aorte ou d'une de ses grosses branches dans certaines opérations pratiquées sur le bassin et l'abdomen, par Lennander ; in Centralb. f. gynæk., n° 17.

1898. — Revue des Sciences médicales, tom. LI. Roger Williams.

1899. — Annales de Gynécologie, février. Delagenière.

— Annales de Gynécologie, mai. Picqué et Mauclaire.

— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, juillet, août, octobre.

— Les hystérectomies totales vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus, par Bigeard ; thèse de Paris.

— De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus, par Pasquier ; thèse de Paris.

— Du sarcome de l'utérus, par Théodoroff ; thèse de Montpellier, juillet.

— Traité médico-chirurgical de gynécologie, par Labadie, Lagrave et Legueu ; articles cancer et sarcome de l'utérus.

— Cancer primitif du corps de l'utérus ; hystérectomie vaginale. Deux ans sans récidive. Notes sur 5 autres cas d'hystérectomie pour cancer, par Lewers ; in Transact. obs. soc. London. XXXVI. pag. 374.

— Sarcome télangiectasique de l'utérus, par Johannovsky. in. Prager, med. Wechens. III. 42.

— Sarcome carcinome, myome et polypes muqueux dans un même utérus, par Niebergall (Niebergall) in. Arch. f. Gynæk. L. 1

— Diagnostic des sarcomes de la muqueuse du corps de l'utérus, par Keller, in. Zeit. f. Geburts. XX. 1

— Utérus sarcomateux extirpé par l'hystérectomie, par Duncan ; in. Trans. obst, soc. London. XXXI. pag. 2.

1899. — Du cancer du corps de l'utérus, par Schœnheimer. in. Arch. f. Gynæk. XLV. 1.

— Traité clinique des maladies des femmes, par Aug. Martin ; articles cancer de l'utérus et sarcome.

— Chirurgie clinique de Tillaux.

— Traité de chirurgie : par Duplay et Reclus, articles cancer et sarcome de l'utérus.

— Maladies des organes génitaux de la femme, par Schrœder ; articles cancer et sarcome de l'utérus.

— Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par de Sinety ; articles cancer et sarcome de l'utérus.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 décembre 1899.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 décembre 1899.
Pour le Doyen,
L'Assesseur, Dr HAMELIN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.